

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1928

THÈSE

POUR LE

No 188

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Edouard PICHAT

Né le 17 octobre 1898 à Mortagne-sur-Sèvre (Vendée)
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

LA THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

DU

MÉGACÔLON SIGMOÏDE

Président : M. LECENE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR DELAVIGNE, 2

1928

831

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1928

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Edouard PICHAT

Né le 17 octobre 1898 à Mortagne-sur-Sèvre (Vendée)

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

LA THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

DU

MÉGACOLON SIGMOÏDE

Président : M. LECENE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR DELAVIGNE, 2

1928

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médicale-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène.	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
	CARNOT.
Clinique médicale.	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TESSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Professeur sans chaire.	BRANCA.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE Neurologie et Psychiatrie.
 AUBERTIN . . . Pathologie médicale.
 BASSET . . . Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN . . . Pathologie médicale.
 BINET Physiologie.
 BLANCHETIÈRE . . . Chimie biologique.
 BROCC Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ Pathologie médicale.
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale
 CHABROL . . . Pathologie médicale.
 CHAMPY . . . Histologie.
 CHIRAY . . . } Pathologie médicale.
 CLERC }
 DEBRÉ Hygiène.
 DOGNON . . . Physique.
 DONZELOT . . . Pathologie médicale.
 DUVOIR . . . Médecine légale.
 ECALLE . . . Obstétrique.
 FIESSINGER . . Pathologie médicale.
 GARNIER . . . Pathologie expérimentale.
 GATELLIER . . Pathologie chirurgicale.
 HARVIER . . . Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER Urologie.
 HOVELACQUE Anatomie.

MM.

HUTINEL. . . Pathologie médicale.
 JOYEUX . . . Parasitologie.
 LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
 LARDENNOIS. Pathologie chirurgicale.
 LEMAITRE. . . Oto-rhino-laryngologie.
 LEROUX Anatomie pathologique
 LEVY-SOLAL. Obstétrique.
 LHERMITTE . . Pathologie mentale.
 LIAN. Pathologie médicale.
 MATHIEU . . . Pathologie chirurgicale.
 METZGER . . . Obstétrique.
 MONDOR . . . Pathologie chirurgicale
 MOURE Pathologie chirurgicale
 MULON Histologie.
 PHILIBERT. . Bactériologie
 QUENU Pathologie chirurgicale
 RICHTER Fils . Physiologie.
 SÉZARY. . . . Dermatologie et syphiligraphie.
 VALLERY-RA-
 DOT (Pasteur). Pathologie médicale.
 VAUDESCAL . Obstétrique.
 VELTER Ophtalmologie.
 VERNE Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

DEMELIN. . . . Obstétrique.
 GOUGEROT . . Pathologie médicale
 LEQUEUX . . . Obstétrique

MM.

REFTERER. . . Histologie.
 TANON Pathologie médicale.
 ZIMMERN. . . Physiologie

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALGLAVE . .	} Clinique chirurgicale.	LÉRI	} Clinique médicale.
AUVRAY . .		MOCQUOT . .	
CHEVASSU . .		PROUST . .	} Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE . .	Clinique médicale	SCHWARTZ . .	
LE LORIER . .	Clinique obstétricale.	VILLARET . .	Clinique médicale.
LEREBoullet	Clinique médicale infantile.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Education physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

*Qui m'a donné le goût de la chirurgie
et m'a toujours montré l'exemple du
dévouement et de la plus haute
conscience professionnelle.
En témoignage de ma grande affection.*

A MES GRANDS-PARENTS

A MA FEMME

AUX MIENS

A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LECÈNE

Professeur de Pathologie chirurgicale
Chirurgien de l'Hôpital St-Louis
Officier de la Légion d'Honneur

*Que nous remercions de l'honneur
qu'il nous fait en présidant cette
thèse. En témoignage de vive recon-
naissance.*

A MES PATRONS D'INTERNAT

M. le Docteur SOULIGOUX.

M. le Docteur ROBINEAU.

M. le Docteur MOUCHET.

M. le Docteur LAUNAY.

M. le Docteur E. MICHON.

M. le Docteur RUDAUX.

*Qui ont toujours eu pour nous la plus
grande bienveillance et qui nous ont
prodigué tant de bons conseils.*

*En témoignage de reconnaissance et de
respectueux attachement.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

Stage

1920. — M. le Professeur RENON (*in memoriam*) (Necker).
M. le Professeur LECÈNE (Saint-Louis).

Externat

- 1920-1921. — M. le Professeur OMBRÉDANNE (Enfants Malades).
1921-1922. — M. le Professeur LECÈNE (Saint-Louis).
1922-1923. — M. le Professeur agrégé GARNIER (Lariboisière).
1923-1924. — M. le Professeur agrégé CHEVASSU (Cochin).

Internat

- 1924-1925. — M. le Docteur SOULIGOUX (Beaujon).
1925-1926. — M. le Docteur ROBINEAU (Necker).
M. le Docteur MOUCHET (St-Louis).
1926-1927. — M. le Docteur LAUNAY (Cochin).
1927-1928. — M. le Docteur E. MICHON (Beaujon).
M. le Docteur RUDAUX (Maternité de Port-Royal).

MM. les Docteurs FREDET, chirurgien de l'Hôpital de la Pitié ; GERNEZ, chirurgien de l'Hôpital Tenon.

MM. les Docteurs MOULONGUET, GAUDART D'ALLAINES, ROBERT MONOD, GOUVERNEUR, RAOUL MONOD, DESNOYERS, chirurgiens et accoucheur des Hôpitaux.

MM. les Docteurs Louis MICHON, OBERLIN et BOULIN,

A MES MAITRES DE L'HOTEL-DIEU DE NANTES

M. le Professeur OLLIVE.

M. le Professeur EMILE BUREAU (*in memoriam*).

M. le Docteur RIVET (*in memoriam*).

A MES MAITRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES

INTRODUCTION

Le mégacôlon est une affection actuellement bien connue. Depuis l'étude qu'en fit HIRSCHPRUNG en 1888, de nombreuses descriptions en furent données. Mais si sa symptomatologie est bien établie, sa pathogénie est encore assez obscure et les théories pathogéniques diverses sont longuement exposées dans tous les traités médicaux.

Quant au traitement de l'affection il prit de l'ampleur avec le développement de la chirurgie intestinale et fit, depuis 1909 surtout, l'objet de nombreuses communications.

Nous laisserons délibérément de côté la question de pathogénie pour nous occuper uniquement de la thérapeutique du mégacôlon, et nous bornerons notre étude au traitement du mégacôlon sigmoïde, parce que c'est le plus fréquent.

La statistique de PATEL, basée sur 173 observations, nous montre en effet que :

chez l'enfant dans 40 0/0 des cas

et chez l'adulte dans 71 0/0 des cas, il s'agit de mégacôlon sigmoïde.

De même nous ne parlerons que du traitement chirurgical, le seul capable de lutter efficacement contre les formes bien caractérisées de mégacôlon, nous réservant seulement de dire quelques mots des moyens médicaux à propos de certaines formes frustes, seules justiciables d'une semblable thérapeutique.

Le plan que nous suivrons sera le suivant :

Après une brève étude des formes cliniques de la maladie,

nous étudierons les indications opératoires qui conviennent à chacune d'elles ;

nous indiquerons ensuite la technique qui nous semble la meilleure pour chaque intervention ;

puis nous donnerons une série d'observations dues à nos Maîtres LECÈNE et MICHON, pour la plupart inédites, nous réservant de résumer dans le texte celles qui, particulièrement démonstratives, auront été trouvées dans la littérature médicale.

C'est notre maître le Professeur LECÈNE, qui nous a donné le sujet de ce travail et qui nous a fourni tous les matériaux dont nous avons eu besoin. Nous le prions de bien vouloir trouver ici l'expression de notre très vive reconnaissance.

Nous remercions vivement nos maîtres MICHON et LAUNAY qui ont eu l'obligeance de nous donner des observations inédites,

Notre ami MOULONGUET, chirurgien des Hôpitaux, nous a guidé dans ce travail avec la plus cordiale bienveillance.

Nous l'en remercions très sincèrement.

FORMES CLINIQUES

Avant d'aborder le traitement du mégacôlon, nous en étudierons brièvement les formes cliniques de manière à pouvoir en faire le diagnostic et à poser justement les indications opératoires qui conviennent à chacune d'elles.

Avec le Professeur Lecène, nous distinguerons 4 formes de mégacôlon.

A. — Une forme latente, sans symptômes.

B. — Une forme latente révélée par un volvulus aigu, brusque, dramatique.

C. — Une forme révélée par des crises d'obstruction passagères dues à un volvulus incomplet détordu spontanément.

D. — Enfin la forme classique décrite dans tous les traités sous le nom de maladie de HIRSCHPRUNG ou de MYA.

A. — FORME LATENTE SANS SYMPTÔMES

Les formes occultes, pour BENS AUDE et HILLEM AND, ne sont pas rares.

Elles sont révélées fortuitement au cours d'un examen radioscopique chez des individus qui ne présentent comme troubles de la fonction intestinale qu'une très légère constipation.

D'autres fois c'est au cours d'une laparotomie pratiquée pour une toute autre lésion qu'on découvre un mégacôlon.

De tels sujets, pourvus d'une ectasie de l'anse sigmoïde sans signes cliniques peuvent vivre sans jamais ressentir aucun trouble, mais ils restent cependant sous la menace d'une complication brusque venant déceler leur affection.

B. — FORME LATENTE RÉVÉLÉE PAR UN VOLVULUS AIGU

Il peut s'agir de sujets n'ayant aucun antécédent, ou, comme nous l'avons dit plus haut, constipés légèrement depuis longtemps. Brusquement ces malades ressentent une douleur abdominale très vive, brutale. Bientôt le ventre se ballonne en même temps qu'il se produit un arrêt des matières et des gaz.

Bref, c'est le tableau d'une occlusion brusque et grave. Or, le volvulus du côlon sigmoïde implique un traitement précoce, donc un diagnostic précoce.

Voyons donc si l'on peut faire ce diagnostic de volvulus chez un sujet sans antécédents intestinaux autres qu'une légère constipation.

Et d'abord, pour faire le diagnostic de volvulus, il faut y penser. En France, où cette affection n'est pas fréquente, on n'y songe pas toujours en présence d'une occlusion aiguë ; mais les chirurgiens russes ou polonais, habitués à rencontrer plus souvent cette affection y pensent davantage et en font plus sûrement le diagnostic.

Les signes qui permettent de reconnaître un volvulus sont les suivants :

— la douleur initiale siège dans la fosse iliaque gauche.

— le météorisme est local, d'abord très marqué dans la fosse iliaque gauche, puis il provoque une asymétrie abdominale particulière : c'est un ovoïde à grosse extrémité inférieure, à grand diamètre oblique dirigé de l'hypocondre gauche à la fosse iliaque droite.

— il n'y a pas d'ondulations péristaltiques visibles sous la paroi.

— l'anse dilatée présente à la percussion une sonorité spéciale analogue à celle que présente la percussion d'un ballon en caoutchouc. C'est le ballon symptôme de KIWULL.

— enfin les vomissements sont tardifs et inconstants et les signes de toxémie sont peu marqués les premiers jours car il s'agit d'une occlusion basse.

Disons de plus que le toucher rectal permet parfois de sentir à bout de doigt un rétrécissement et que les lavements, souvent administrés au début, n'ont pu faire pénétrer dans le rectum qu'une très petite quantité de liquide.

Tels sont les signes qui permettent de penser au volvulus sigmoïdien. Est-il possible de faire le diagnostic de mégacôlon tordu ? On pourra y songer lorsqu'il y aura un énorme météorisme et surtout, mais ce n'est pas le cas dans lequel nous nous sommes placé, quand la crise d'occlusion aura été précédée par des crises d'obstruction incomplètes terminées par des débâcles,

comme nous le verrons dans le prochain paragraphe.

Quoi qu'il en soit, et nous insistons sur ce point :
« le volvulus sigmoïdien est une forme d'occlusion très grave malgré l'apparente bénignité de ses symptômes au début. Le sphacèle de l'intestin se produira fatalement au bout de quatre ou cinq jours si la torsion est serrée et le pronostic opératoire, vraiment bon au début, deviendra alors très sombre » (Lecène).

**C. — FORME RÉVÉLÉE PAR DES CRISES
D'OBSTRUCTION PASSAGÈRES
DUES A UN VOLVULUS INCOMPLET
DÉTORDU SPONTANÉMENT**

Cette forme est relativement très fréquente.

Il s'agit d'individus constipés depuis leur enfance et dont l'abdomen présente toujours un certain degré de météorisme.

De temps à autre surviennent des crises subaiguës : le météorisme augmente ; des mouvements péristaltiques violents apparaissent, au contraire de ce qui se passe dans le volvulus complet.

Il y a arrêt des matières, mais des gaz peuvent encore être émis en petite quantité.

Le malade peut vomir.

Il n'y a pas de température.

Au bout de quelques jours la crise se termine par une débâcle de matières dures, extrêmement abondantes, et le météorisme disparaît.

Ces crises se répètent à intervalles plus ou moins éloignés.

Elles présentent souvent d'ailleurs une symptomato-

logie plus fruste, sans météorisme très marqué. C'est dans ces cas que le diagnostic est difficile, ces crises se présentant parfois sous le masque trompeur d'une appendicite.

Les malades présentent alors une douleur vive dans la fosse iliaque droite, douleur qui s'explique par le ballonnement cæcal douloureux « témoin habituel et fidèle de toutes les distensions chroniques du côlon sous-jacent ». Et si l'on ne pense pas systématiquement à la possibilité d'un mégacôlon compliqué de torsion incomplète et si l'on ne recourt pas à l'examen radiologique seul capable de nous éclairer complètement, on méconnaît certainement nombre de mégacôlons sigmoïdes et on enlève inutilement l'appendice à ces malades.

Les observations VI et VII que nous devons à l'obligeance du Pr LECÈNE démontrent clairement ce que nous venons de dire.

D'autres fois les crises douloureuses dues à un volvulus incomplet sont rapportées à des douleurs d'origine annexielle, à des coliques néphrétiques.

Ajoutons que ces crises d'obstruction passagères aboutissent souvent à un volvulus complet tel que nous l'avons précédemment décrit, auquel cas le diagnostic de ce volvulus est grandement facilité, et si nous avons séparé ces deux formes c'est pour schématiser les indications opératoires et par suite pour simplifier les faits.

D. — FORME CLASSIQUE

Cette forme, décrite dans tous les traités classiques, est avant tout la forme de l'enfant.

La constipation et le météorisme abdominal en sont les deux signes capitaux.

La constipation est très marquée. Les selles, très rares, ne se produisent que toutes les 2 ou 3 semaines ; parfois elles sont séparées par un intervalle de plusieurs mois.

La constipation peut exister dès la naissance. Le méconium n'est pas rendu dans les délais normaux.

Les purgatifs n'agissent pas sur cette constipation. Quant aux lavements il faut les administrer avec une longue sonde et injecter beaucoup de liquide avant d'obtenir une évacuation.

La rétention des gaz existe aussi, mais beaucoup moins marquée que celle des matières.

Le second signe capital est la distension abdominale, parfois considérable. On connaît les figures qui illustrent les articles consacrés au mégacôlon et qui représentent des enfants avec un ventre formidablement distendu. On cite toujours des exemples classiques, tel le cas de GRIFFITH où la distension était telle que les parents avaient peur que le ventre crevât.

L'anse distendue est animée de mouvements péristaltiques ; c'est un bon signe.

Il est naturellement indispensable de pratiquer une radioscopie qui signera un diagnostic déjà bien étayé par les signes cliniques énumérés.

A l'écran, sans préparation, on constatera une transparence anormale de l'abdomen sur le trajet du mégacôlon.

Après lavement baryté on en verra la forme et les dimensions.

La rectoscopie est moins employée.

L'évolution est différente suivant l'âge auquel se manifeste la maladie.

La variété qui se manifeste de bonne heure, dès la naissance, se termine souvent par la mort dans la première année.

Quand les symptômes se manifestent plus tard, l'évolution est essentiellement chronique, marquée par des phases d'amélioration et d'aggravation.

Le mégacôlon est du reste compatible avec une existence prolongée et les accidents n'arrivent parfois que dans l'adolescence, l'âge adulte, voire même la vieillesse, dans les formes qui sont révélées par une occlusion aiguë.

L'occlusion n'est d'ailleurs pas la seule complication qu'ont à redouter les porteurs de mégacôlon. On peut aussi voir survenir chez eux :

une colite aiguë ;

une péritonite par perforation intestinale ou par migration des germes à travers la paroi de l'intestin.

Forme avec fécalome

Nous rattacherons à la forme classique la forme avec fécalome qui se présente parfois sous un aspect bien particulier. Elle est importante au point de vue chirurgical à cause des difficultés diagnostiques qu'elle suscite.

Il se forme dans l'anse sigmoïde, par suite de la stase des matières un fécalome qui augmente peu à peu de volume. Il peut aboutir à de grandes dimensions, sans toutefois empêcher le passage des gaz et des matières liquides.

Et si ces malades sont de grands constipés depuis leur enfance, ce n'est pas pour cela qu'ils viennent consulter, mais pour l'existence d'une tumeur abdominale dont l'accroissement les inquiète.

Nos maîtres LECÈNE et MICHON nous ont donné deux belles observations de tels cas (Observ. XI et XII).

Dans l'une il s'agissait d'un homme de 25 ans, toujours constipé depuis l'enfance. Il présentait une tumeur abdominale du volume d'une tête de fœtus qui fut diagnostiquée par la radioscopie.

L'autre concerne une jeune fille de 23 ans, constipée également depuis l'enfance. Des médecins consultés pour sa tumeur abdominale avaient parlé de fibrome, de kyste de l'ovaire.

Le diagnostic fut fait par le toucher rectal et confirmé par la radio. La radiographie que nous reproduisons à la fin de ce travail montre l'énorme volume du fécalome qui remplit tout le bassin.

L'accumulation de matières fécales dans l'anse ectasiée peut parfois provoquer une occlusion vraie et si ces occlusions par fécalomes sont rares, elles n'en existent pas moins. Témoin, entre autres, une observation de HELLWIG. En voici le résumé :

Femme de 21 ans.

Symptomatologie typique de mégacôlon depuis la naissance

Malade vue en occlusion. Abdomen tendu, mais pas uniformément.

Du côté droit sorte de tumeur molle, arrondie, grosse comme une tête d'adulte.

Du côté gauche, dans la région rénale, deuxième tumeur analogue quoique plus petite.

Tumeurs existent depuis plus d'un an. A ce moment la femme a été examinée par des gynécologues qui ont diagnostiqué un kyste de l'ovaire et conseillé une intervention.

La tension de ce pseudo-kyste semble varier au cours de l'exploration.

Toucher vaginal : tumeur d'une dureté osseuse remplissant une grande partie du bassin, peu mobile, non douloureuse à la pression.

Rectum vide.

Le diagnostic fut fait à l'intervention. Il s'agissait de fécalomes situés dans un côlon pelvien extraordinairement allongé et dilaté.

INDICATIONS OPÉRATOIRES

A. — FORME LATENTE, SANS SYMPTÔMES

Il est bien évident que cette forme ne comporte pas de traitement chirurgical.

Dans ces cas, décelés au cours d'un examen radioscopique, on se contentera d'une thérapeutique médicale.

On ordonnera au malade un régime composé d'aliments très pauvres en résidus indigérables.

On conseillera des lavements fréquents, des laxatifs légers et on prescrira des antispasmodiques : atropine, belladone.

B. — VOLVULUS AIGU

Il nous faut, avant d'aborder ce chapitre, préciser un point.

Volvulus simple et mégacôlon tordu

Où commence le mégacôlon tordu ? Où finit le volvulus simple ? Le volvulus du côlon pelvien se traduit par une dilatation de l'anse tordue, et c'est justement là un de ses signes capitaux. A l'ouverture de l'abdomen on trouvera donc une anse très dilatée, même si l'S iliaque n'était nullement ectasiée avant sa torsion. Mais nous ne croyons pas que le volvulus d'une anse antérieurement normale puisse donner à cette anse un volume considérable. Et c'est la pensée de notre maître LECÈNE que nous traduisons fidèlement ici. Il n'est pas possible de concevoir qu'une anse, au bout de 2 jours de volvulus, présente l'aspect géant, les dimensions d'une cuisse d'adulte, d'un gros pneumatique qu'ont les mégacôlons tordus. De tels côlons pelviens, emplissant tout l'abdomen, se précipitant hors du ventre dès l'ouverture du péritoine impliquent fatalement une distension antérieure pathologique,

Le Pr LECÈNE n'est du reste pas seul de cet avis. FORGUE écrivait en 1920 dans la *Presse Médicale* :

« Quand au cours de la laparotomie on trouve, comme cela nous est arrivé et comme maints opérateurs l'ont noté, une anse sigmoïde énorme, véritable méga-sigma occupant tout l'abdomen, remontant jusqu'à l'épigastre, il faut bien admettre que ce n'est pas simplement le météorisme qui l'a surdistendue, mais qu'une malformation congénitale lui a donné cette ectopie abdominale, persistance de la disposition infantile du côlon pelvien, ces dimensions monstrueuses. Certaines de ces anses sigmoïdes géantes se rattachent indiscutablement à l'histoire du mégacôlon ».

Il est bien certain qu'il est impossible de délimiter franchement les territoires de chaque lésion. Comme l'a dit DELAGÉNIÈRE : « il n'y a pas de mesure appropriée pour définir et différencier le vrai mégacôlon d'une dilatation accidentelle du côlon ».

Concluons donc que lorsqu'on trouve une anse véritablement géante et tordue, cette anse était très vraisemblablement malformée congénitalement.

De nombreuses observations étiquetées simplement volvulus du côlon pelvien concernent certainement des mégacôlons tordus, mais nous ne tiendrons compte dans ce travail que des observations spécifiant qu'il s'agit de tels mégacôlons ou de celles dont la lecture ne laisse aucun doute.

Indications opératoires dans le volvulus aigu

Nous allons étudier la conduite à tenir dans le cas de volvulus aigu, que ce volvulus soit la première manifestation d'un mégacôlon jusque-là latent, ou qu'il ait été précédé de crises d'obstruction passagères.

Le traitement du mégacôlon sigmoïdien compliqué d'occlusion aiguë a été bien étudié en 1922 par MIGINIAC qui en avait recueilli 27 cas. Nous ne reprendrons pas l'étude de ses observations ; nous indiquerons simplement ses conclusions. Nous avons pu, de notre côté, rassembler 27 observations, plus récentes que celles de MIGINIAC ou trouvées dans la littérature étrangère. Ce sont ces observations que nous analyserons et dont nous déduirons le meilleur traitement du mégacôlon tordu.

Le mégacôlon tordu réclame impérieusement un traitement précoce. La laparotomie médiane devra être faite le plus tôt possible pour pratiquer la détorsion.

Certes, il a été parfois possible d'obtenir une amélioration et même une guérison par un anus pratiqué sur l'anse volvulée

Ces fistulisations furent faites par erreur, les opérateurs ayant fistulisé l'anse tordue en croyant établir un anus sur le cœcum. Et il s'agissait bien évidemment dans ces cas de volvulus peu serrés, dans lesquels les lésions dues à la stase veineuse et à l'œdème de la paroi intestinale disparurent après l'issue des gaz et des matières contenus dans cette anse, et qui se détordirent par la suite.

Nous avons retrouvé quatre cas dans lesquels il y eut un résultat satisfaisant après cette erreur thérapeutique.

L'observation de notre maître LECÈNE est bien connue. Après la fistulisation de l'anse tordue l'amélioration fut immédiate et même des matières liquides sortirent par l'anus normal.

Notre maître MICHON fit également la fistulisation de l'anse tordue, croyant faire un anus cæcal (Observ. IV). Il obtint la guérison de son malade sans autre intervention, le volvulus s'étant détordu spontanément.

LEVEUF, chez un homme de 67 ans, en occlusion depuis 48 heures, fit une incision dans la fosse iliaque droite. Il trouva le cæcum plat. Par une petite incision médiane il établit alors une fistule sur une anse dilatée. Le malade guérit et la fistule se ferma. Mais, cinq mois après, il fit de nouveau une occlusion. Après laparotomie médiane on trouva un mégacôlon sigmoïde tordu.

A la première crise d'occlusion il s'agissait certainement d'un volvulus peu serré qui se détordit après fistulisation de l'anse.

Un autre cas, de R. SOREL, concerne un cas un peu différent car on fit un anus cæcal vrai, mais il s'agissait tout de même d'un volvulus peu serré.

Mais, quand le volvulus de l'anse sigmoïde est bien serré, la fistulisation de l'anse, ni l'anus cæcal, ne retarde pas l'issue fatale.

Témoin cette observation (Observ. V) de notre maître MICHON concernant une femme de 79 ans en occlusion, chez laquelle un anus cæcal n'amenant pas d'améliora-

tion la laparotomie médiane permet de détordre un volvulus et d'obtenir la guérison.

Témoin aussi cette observation résumée de TRACINSKI : Homme de 72 ans. Toujours constipé. En occlusion complète. En raison de l'état du malade, anus artificiel à la locale : incision sous le rebord costal gauche. On tombe sur une anse intestinale grosse comme le bras, à parois épaisses. On fait l'anus dessus.

Etat d'abord satisfaisant, mais 2 jours après aggravations, contractions intestinales violentes dans le flanc droit.

2^e intervention : anus à droite sur une anse très météorisée. Quelques heures après mort.

A l'autopsie : il y a 2 énormes anses, météorisées, tordues ; elles appartiennent toutes deux à l'anse sigmoïde. Les 2 anus ont été faits sur les 2 branches de l'anse sigmoïde.

Ces résultats sont confirmés par GAYET et PATEL. Ils ont trouvé 8 morts sur 9 malades opérés par simple entérostomie pour mégacôlon tordu.

Ceci nous prouve donc, comme nous le disions au début que volvulus = laparotomie et laparotomie précoce. La seule difficulté sera de faire le diagnostic de ce volvulus.

La conduite à tenir par le chirurgien sera différente suivant l'aspect de l'anse tordue et l'état général du malade.

Anse gangrenée

Supposons d'abord le cas d'un volvulus serré, opéré tardivement, avec gangrène de l'anse.

Là il n'y a pas de discussion possible. Il faut détordre l'anse, l'extérioriser, lier les vaisseaux du méso, réséquer l'anse gangrenée après avoir accolé les 2 bouts en canon de fusil. En un mot faire la résection en 2 temps. (Nous indiquerons ultérieurement cette technique).

C'est la seule chose à faire dans ces cas. Il serait extrêmement risqué, disons plus : dangereux, de faire une résection avec entérorraphie immédiate. Dans ces cas en effet la septicité de l'intestin est extrême, les sutures pratiquées sur des tissus forcément altérés ne tiendraient pas et le malade dont l'état général est mauvais ne supporterait pas le choc opératoire.

Nous n'avons trouvé qu'une observation de mégacôlon tordu avec anse gangrenée qui ne fût pas parmi les cas de MIGINIAC : c'est celle de DELAGÉNIÈRE qui, chez un homme de 45 ans, trouva un mégacôlon tordu et gangrené. Il pratiqua la détorsion, puis la résection de l'anse en fixant les 2 bouts à la peau. Mais le malade, qui était à la toute dernière extrémité au moment de l'intervention, mourut le 6^e jour.

En résumé, la conduite à tenir est donc bien nette dans le cas d'anse gangrenée : il faut faire une extériorisation avec résection immédiate.

Anse suspecte

C'est aussi, certainement, la meilleure méthode dans les cas où l'anse est, non pas gangrenée, mais suspecte. Quand, après détorsion, elle reste violacée, noirâtre, sans plaques de sphacèle toutefois, que son aspect rappelle celui d'une anse grêle étranglée que l'on hésiterait à réduire, il y aurait gros danger à se contenter d'une simple détorsion. On pourrait toujours craindre de voir survenir quelques jours après une péritonite mortelle due à la chute d'une plaque de sphacèle.

Donc, dans ce cas également, extériorisation avec résection immédiate.

Anse saine

Nous allons maintenant aborder les cas plus discutables : ceux dans lesquels il s'agit de volvulus sans sphacèle de l'anse.

Plusieurs interventions ont été proposées.

1^o Détorsion simple

La première intervention, la plus simple qui se pose à l'esprit est la simple détorsion de l'anse, puisque sa vitalité ne fait là aucun doute. Mais cette opération est insuffisante pour deux raisons :

— la première c'est qu'il s'agit d'un mégacôlon et qu'après la détorsion la lésion persiste.

— la seconde c'est que la simple détorsion d'une anse

sigmoïde tordue, même non ectasiée, aboutit rarement à la guérison définitive.

Des guérisons ont cependant été obtenues par ce procédé simple.

Notre maître LECÈNE nous a donné l'observation d'un malade (observ. II) dont la guérison se maintient depuis 8 ans.

DERVAUX cite le cas d'un mégacôlon tordu chez une jeune fille de 20 ans. Détorsion simple, guérison maintenue depuis 1 an.

Mais ce n'est pas la règle. Les récurrences de volvulus sont très fréquentes.

Nous en avons trouvé quatre observations :

Notre maître LECÈNE nous en a donné deux (observ. I et III) : dans les 2 cas récurrence au bout de 2 ans.

Notre maître LAUNAY a rapporté 2 cas de volvulus récidivés qui tous les 2 ont récidivé au bout d'un an.

Tous les chirurgiens qui se sont occupés de la question ont été frappés par ces récurrences dont les principaux facteurs sont probablement la longueur anormale de l'anse sigmoïde et surtout la mésosigmoïdite rétractile qui rapproche les deux pieds de l'anse. Les lésions de mésosigmoïdite sont pour ainsi dire constantes non seulement dans les cas de volvulus, mais aussi dans les mégacôlons non tordus.

Le traitement du volvulus n'est donc que palliatif si l'on s'en tient à la simple détorsion de l'anse, et le Pr LECÈNE écrit à ce propos : « Se contenter de détordre l'intestin et le réduire dans le ventre serait dans ce cas une faute, car les accidents d'occlusion se reproduiront

fatalement tôt ou tard ; on agirait en somme comme un chirurgien qui aujourd'hui se contenterait de faire le débridement d'une hernie étranglée, sans pratiquer de suite la cure opératoire de cette hernie, suivant une très juste remarque de EISELSBERG ».

Et c'est pourquoi on a cherché à faire quelque chose de plus que la détorsion.

2° Détorsion et colopexie

On a essayé de faire des colopexies. La détorsion une fois faite, on fixe l'anse sigmoïde par quelques points au péritoine pariétal. Intervention bénigne, rapide, mais peu efficace. La colopexie n'empêche en général pas le mégacôlon de se retordre ultérieurement.

Une observation de SENCERT et SIMON, que nous donnerons résumée un peu plus loin, en est la preuve.

Une autre observation de MONDOR (in thèse de ROSENFELD) en est un autre exemple :

Chez un homme de 76 ans, en occlusion depuis 7 jours, il trouve un mégacôlon tordu. Détorsion et fixation de l'anse par deux points au péritoine pariétal. Guérison opératoire.

Deux ans après nouvelle occlusion qui a duré 21 jours. Le malade ne voulait pas être opéré de nouveau et cette récurrence semblait devoir l'emporter quand, un jour, la débâcle diarrhéique survint qui arrangea tout.

La fixation de l'anse n'a donc pas empêché le côlon pelvien de se retordre 2 ans après, mais il s'est heureusement détordu spontanément.

3° Détorsion et anastomose.

On a essayé aussi, après détorsion, de faire une anastomose colo-sigmoïdienne à la base du fer à cheval sigmoïdien et FORGUE considère que cette opération garde des indications respectables dans le cas de mégacôlon pelvien tordu.

PETROVITCH a employé cette méthode chez un homme de 36 ans en pleine occlusion et dont le diagnostic de mégacôlon avait été fait à cause de la distension énorme de l'abdomen. Après détorsion de l'anse et évacuation des gaz par sonde rectale il fit une colo-sigmoïdostomie sans résection, plus une colopexie. Le malade guérit de l'opération mais on ne dit pas ce qu'il est devenu ultérieurement.

Le Pr LECÈNE rejette absolument cette méthode. Il considère l'anastomose comme une opération grave en occlusion et de plus inefficace si la guérison opératoire survient.

4° Colectomie

Il ne reste donc, en définitive, qu'une seule opération radicale : la colectomie. Mais si la majorité des auteurs est de cet avis, la divergence d'opinions commence quand il s'agit d'en donner la meilleure technique.

Nous indiquerons successivement les méthodes proposées, en donnant à propos de chacune d'elles les observations résumées que nous en aurons trouvées. Puis nous donnerons enfin l'avis du Pr LECÈNE, dont la conduite est du reste suivie par un grand nombre de chirurgiens.

a) *Détorsion simple, puis résection dans un temps ultérieur.*

On peut d'abord procéder de la manière suivante :

Au cours de l'intervention pratiquée chez le malade en occlusion on fait simplement la détorsion. Opération rapide, facile et sans choc.

Puis, dans un second temps on pratique la résection à froid de l'anse sigmoïde avec bout à bout immédiat.

Nous citerons 4 observations où cette conduite fut adoptée.

Notre Maître LAUNAY, chez un homme de 68 ans, en obstruction depuis trois jours, fit une laparotomie médiane le 28 février 1925. Il trouva un mégacôlon sigmoïde énorme tordu. La détorsion fut facile, l'intestin était en bon état, mais le malade étant fatigué il se borna à cette détorsion.

Le 31 mars, c'est-à-dire 1 mois après il pratiqua la colectomie avec bout à bout immédiat. Le malade guérit.

GUIBÉ adopta la même conduite chez un homme de 31 ans, constipé depuis l'enfance et en occlusion depuis 8 jours. Dans un premier temps : détorsion et fermeture après évacuation des gaz par sonde rectale. Dans le second temps : résection du méga avec suture termino-terminale. Guérison.

DELAGÉNIÈRE rapporte l'observation d'un homme de 54 ans constipé depuis l'enfance et présentant depuis 2 ans surtout des crises d'obstruction cédant à la morphine. Mais une crise ne cède pas. Après laparotomie l'opérateur constate qu'une anse tordue, mais non gan-

grenée, remplit tout l'abdomen. Après détorsion et évacuation de nombreux gaz par une sonde rectale l'anse conserve encore un gros volume. Mais le malade est très affaibli. On borne là l'intervention.

17 jours après, résection avec suture bout à bout, puis anus de décharge temporaire sur le bout supérieur.

1 mois après, fermeture de l'anus. Guérison.

Enfin SENCERT et SIMON procédèrent d'une manière analogue. Nous donnons leur observation. Elle est doublement intéressante car elle concerne un cas dont nous avons parlé, de récurrence de volvulus après colopexie.

Observation :

Homme de 54 ans, entre à l'hôpital pour occlusion complète ayant débuté de manière insidieuse 8 jours auparavant.

Depuis longtemps constipation avec crises de coliques intermittentes et en 1918 : crise d'occlusion aiguë.

Laparotomie : volvulus du sigmoïde. Dilatation énorme de l'anse.

Détorsion du volvulus.

Evacuation de l'intestin détordu à l'aide d'une grande sonde introduite par l'anus.

Colopexie.

Guérison opératoire, mais réapparition des troubles antérieurs.

Le 12 mars 1919, quand il revient à l'hôpital on pense à une récurrence de volvulus, malgré une dilatation considérable de tout le côlon et du cæcum.

Cæcostomie petite, à la locale.

Trois heures après, les accidents persistant malgré l'évacuation de nombreux gaz et de quelques matières :

Laparotomie : volvulus d'une anse sigmoïde très distendue.

Pas trace de l'ancienne colopexie.

Détorsion.

Evacuation des gaz par sonde rectale.

Fermeture sans drainage.

Le 24 mai 1919.

Résection de l'anse sigmoïde et suture termino terminale.

Fermeture sans drainage.

Suites opératoires simples.

Aucun trouble intestinal après l'intervention.

Voici donc quatre observations de la méthode dont nous parlons, avec quatre succès. Est-ce à dire qu'elle doit être recommandée dans tous les cas ? Nous ne le croyons pas, loin de là. Ceci pour les raisons suivantes :

1° Elle comporte deux interventions, alors que nous indiquerons plus loin des méthodes dans lesquelles le second temps peut être supprimé, ou en tous cas très réduit.

2° Le second temps, la colectomie comporte des risques. Comme nous le verrons la colectomie en un temps à froid est grevée d'une mortalité de 10 à 15 %.

C'est pourquoi Delagénère avait fait, par prudence, un anus de décharge sur le bout supérieur.

Cette méthode doit donc être réservée, selon nous, à des cas bien déterminés : ce sont ceux dans lesquels on trouve une anse tordue sans lésions de sphacèle, reprenant bien sa coloration normale après détorsion, mais chez des sujets en occlusion depuis quelques jours, très affaiblis et qui ne paraissent pas capables de supporter une intervention plus longue.

Il est bien certain, en effet, que la détorsion est très

rapide et dans les quatre cas que nous avons signalés il s'agissait de malades très affaiblis.

Méthode à indications limitées par conséquent.

Une autre question se pose : combien de temps après la première intervention doit-on faire la colectomie ? Il n'y a pas de délai fixe. Il faut que le malade soit bien remis de sa première intervention, qu'il soit bien refroidi et ce délai dépendra donc de la convalescence plus ou moins rapide après la détorsion. Mais il y aura intérêt cependant à le faire dès que le malade paraît en état de supporter ce choc opératoire. En pratique ce sera trois semaines ou un mois après la première intervention.

b) *Résection en 1 temps immédiatement après la détorsion.*

Une seconde méthode consiste à réséquer le mégacôlon après l'avoir détordu en une seule séance, et à rétablir immédiatement la continuité de l'intestin.

Les cas de mégacôlons tordus réséqués en 1 temps que nous avons pu retrouver sont les suivants :

Deux cas rapportés par notre maître LAUNAY à la *Société de chirurgie*. Tous les 2 concernaient des malades ayant déjà fait un an auparavant un volvulus simplement traité par la détorsion.

Les 2 cas sont identiques ; chez ces 2 malades (une femme de 50 ans et un homme de 26 ans) le volvulus récidivé datait de 24 heures. On fit une colectomie avec anastomose termino-terminale en trois plans. Les deux malades guérirent.

MOURE et AUMONT réséquèrent un mégacôlon pelvien

tordu chez une femme de 41 ans, constipée chronique.

L'occlusion datait de 48 heures. L'état général était bon.

Les parois intestinales étaient en bon état, seulement œdématisées.

Les deux moitiés de l'anse tordue étaient réunies près de leur pied par une mésosigmoïdite rétractile qui les fixait l'une contre l'autre. A cause de cela les opérateurs firent une anastomose latéro-latérale après fermeture des bouts. Ils firent de plus une cœcostomie de dérivation en plaçant une petite sonde dans le cône cæcal évaginé.

Les suites opératoires furent des plus simples.

ZEPFFEL cite le cas d'un enfant de 2 ans $1/2$, opéré par BÖCKEL d'un mégasigmoïde tordu de 180° . On fit une résection avec anastomose immédiate et l'enfant guérit.

Les quatre cas que nous avons retrouvés furent donc très satisfaisants. Le plus remarquable est certainement le dernier, car la mortalité opératoire pour colectomie chez les enfants, même opérés en dehors de toute occlusion, est considérable.

Malheureusement, les résections pratiquées en occlusion ne donnent pas toujours, loin de là, des résultats aussi encourageants.

WARD pratique la résection d'une grande partie d'un méga pelvien tordu. Il rétablit la continuité intestinale par iléo-sigmoïdostomie et fait une appendicectomie de sûreté. Opération très difficile et très longue. Mort 24 heures après.

PETROVITCH résèque un énorme côlon pelvien tordu

chez un homme de 40 ans et fait une anastomose latéro-latérale avec sutures imparfaites, à cause de la profondeur. Puis il pratique une colotomie de prudence en quatre points du gros intestin : cæcum, ascendant, transverse, descendant. Le malade meurt le 4^e jour par rupture des sutures.

Il est bien certain que dans ces deux cas la conduite suivie est très discutable et qu'il y a eu des fautes de technique. Ils ne sont donc pas concluants.

Il n'en est pas de même dans l'observation de notre maître LECÈNE (obs. III) que nous rapportons entièrement à la fin de ce travail. Il s'agissait d'une femme de 42 ans déjà opérée de volvulus d'un mégacôlon pelvien 2 ans auparavant par simple détorsion. Elle fut opérée la seconde fois 48 heures après le début des accidents d'occlusion, alors que l'état général était bon. La colectomie avec bout à bout immédiat parut très satisfaisante. Malgré cela la malade mourut le 6^e jour d'infection lente avec ictère et anurie certainement dus à une péritonite progressive avec intoxication hépatique (infection à anaérobies).

C'est depuis ce moment que le Pr LECÈNE ne fait plus de résection toutes les fois qu'il existe le moindre degré d'occlusion et nous rapporterons ses propres termes : « L'expérience a montré d'une façon évidente que les résections intestinales en un temps les plus faciles en apparence, sur le gros intestin en état d'occlusion, donnent une mortalité considérable : la virulence du contenu du gros intestin est incontestablement très augmentée toutes les fois qu'il existe de l'occlusion et

les parois intestinales, dans ces cas, se prêtent mal aux sutures ; aussi la plupart des opérés meurent d'infection au bout de quelques jours et les quelques succès obtenus de temps à autre par ce procédé ne doivent pas faire illusion ».

Ainsi les colectomies pratiquées en un temps chez des sujets en occlusion, même précocement, même si les sutures paraissent correctes, sont des plus dangereuses. Elles doivent donc être proscrites d'une manière catégorique.

c) *Extériorisation-résection.*

Nous arrivons maintenant à la résection en deux temps : extériorisation-résection de l'anse avec abouchement des deux bouts à la paroi, puis fermeture ultérieure de l'anus. Cette méthode, la plus sûre, donne d'excellents résultats.

Nous avons retrouvé cinq observations où cette méthode fut appliquée.

BUNDSCHUH réséqua un volvulus récidivé, puis sutura les deux moignons à la peau. Un mois après il fit la cure de l'anus, guérison.

D'ALLAINES fit deux fois, avec succès, l'extériorisation avec résection immédiate suivant une technique à peu près analogue à celle que nous décrivons : la première chez un homme de 45 ans, constipé chronique, en pleine occlusion aiguë depuis trois jours ;

La seconde chez un homme de 56 ans, également vieux constipé, en occlusion depuis 36 heures.

Dans les deux cas la fermeture de l'anus fut faite après

section de l'éperon par application d'un entérotoime.

ROUX-BERGER obtint également un beau résultat chez une femme de 30 ans, en occlusion depuis quatre jours, par l'extériorisation avec résection immédiate. Il détordit l'anse après laparotomie médiane, puis il fit une petite incision dans la fosse iliaque gauche. Il extériorisa l'anse affaissée par cette incision et fit l'anus à ce niveau.

Nous croyons qu'il est plus simple de ne pas faire de contre-incision dans la fosse iliaque gauche, et d'établir l'anus à la partie inférieure de l'incision médiane.

Quant à HERTZ, chez une femme de 60 ans, en occlusion depuis trois jours il suivit exactement la technique de Mikulicz :

après détorsion de l'anse par laparotomie médiane ;
extériorisation par incision iliaque gauche ;
résection retardée, au bout de 17 heures ;
cure de l'anus dans un troisième temps ;

La malade guérit.

Avec notre maître LECÈNE nous ne préconiserons pas la résection retardée de l'anse extériorisée. Nous ne voyons pas quels avantages il y a à laisser sur un lit de compresses, dans le pansement, cette anse formidable. Il est bien préférable d'en pratiquer la résection immédiate.

Ces cinq succès, sur cinq cas, nous montrent que la méthode en deux temps est celle qu'il faut adopter. Dans un prochain chapitre nous en indiquerons la technique détaillée, mais disons tout de suite que le P^r LECÈNE distingue, suivant les cas, trois modalités d'interventions :

Quand le malade n'a pas un bon état général : extériorisation-résection pure et simple, avec accolement des deux bouts en canon de fusil et abouchement à la paroi.

Lorsque l'opéré a un bon état général et paraît susceptible de pouvoir supporter une intervention plus longue on peut d'emblée faire une anastomose latérale entre les deux branches coliques, tout en laissant ouverts les deux bouts à la paroi. On favorise ainsi beaucoup la cure ultérieure de l'anüs.

Enfin dans des cas très favorables on peut fermer le bout inférieur et laisser une sonde dans le bout supérieur, après établissement d'une anastomose latérale, comme dans le cas précédent.

Tels sont les résultats que nous avons déduits de l'étude de 27 observations de mégacôlons pelviens tordus, non contenues dans le travail de MIGINIAC. Voyons si les conclusions tirées de son travail concordent avec les nôtres.

MIGINIAC écrit : « Les résections suivies d'entérorraphie immédiate ont donné de magnifiques succès ; mais il serait dangereux de se laisser aller à les exécuter habituellement.

L'extériorisation, suivie de résection retardée, ne paraît guère avoir d'avantages sur la résection immédiate, suivie immédiatement de l'établissement d'un anus *in situ*. C'est en somme cette dernière opération qui, d'après nos observations, doit donner les résultats les meilleurs ».

Et MIGINIAC ajoute très justement ;

« Lorsqu'on s'est décidé à faire une laparotomie et lorsque le ventre est ouvert, le chirurgien, dans la majorité des cas, n'a plus le choix, n'est plus maître de la situation, en présence d'un mégacôlon. Devant une anse monstrueuse, qui sort du ventre comme par explosion, il n'y a plus pratiquement qu'un parti à prendre : la résection, qu'il y ait gangrène ou non.

C'est une opération de nécessité, et c'est aussi une opération de salut ».

En résumé, les conclusions de l'important travail de MIGINIAC et les nôtres concordent parfaitement.

C. — FORME RÉVÉLÉE PAR VOLVULUS INCOMPLET

Dans cette forme, l'occlusion n'étant jamais complète et cédant spontanément au bout de quelques jours on n'a jamais à intervenir en période aiguë. On intervient à froid, après une ou plusieurs crises, pour en éviter la répétition et supprimer une lésion pouvant aboutir à une occlusion aiguë.

Nous avons dit précédemment que ces formes se présentaient parfois comme une appendicite, ou une crise de coliques néphrétiques. La radioscopie est indispensable dans ces cas pour faire le diagnostic. Il faut donc savoir les dépister.

Une fois le diagnostic posé, quelle intervention pratiquer ? Là il n'y a guère de discussion possible.

Avant tout ne jamais faire d'anastomoses. Il n'est pas besoin de réfléchir longtemps pour comprendre qu'elles n'auraient aucune action sur la tendance de l'anse au volvulus.

Une colopexie ? Ce serait, certes, plus logique, mais nous venons de voir dans le précédent chapitre que la récurrence est fréquente après une fixation de ce genre.

Il ne reste donc plus que la colectomie. Comme on peut opérer à froid après avoir bien préparé ses malades, on est autorisé à la faire en un temps.

C'est ce que notre maître LECÈNE a fait dans quatre cas. Deux hommes de 26 et 30 ans (Obs. VIII et IX) avaient présenté des crises douloureuses abdominales avec constipation et ballonnement du ventre.

Une fillette de 12 ans et une femme de 26 ans avaient été envoyées avec le diagnostic d'appendicite chronique qui parût suspect et le diagnostic fut fait par la radio.

Tous les quatre furent opérés à froid, après préparation soigneuse. On leur fit une résection de l'anse sigmoïde avec bout à bout immédiat. Tous quatre guérirent.

Notre maître LAUNAY eut également un beau succès en faisant une colectomie en un temps chez une femme de 32 ans ayant eu depuis quelques mois plusieurs crises de torsion incomplète.

Le diagnostic avait été confirmé par la radioscopie.

Notre maître MICHON et OKINCZYK rapportèrent le cas d'une femme de 23 ans qui, après deux crises d'obstruction dont la seconde nécessita une typhlostomie, fut guérie de son mégacôlon sigmoïde par une hémicolectomie gauche pratiquée à froid.

En tout : six colectomies en 1 temps, six guérisons. La méthode est donc bonne.

FERRARI obtint aussi une guérison, mais par une méthode plus prudente : la résection en deux temps.

Il s'agissait d'une femme de 22 ans, constipée depuis son enfance, ayant déjà eu 4 crises douloureuses avec

maximum douloureux à droite, ce qui avait fait diagnostiquer appendicite.

La 5^e crise s'accompagna d'une occlusion qui dura trois jours mais qui céda après l'introduction d'une longue sonde rectale.

Le diagnostic fut fait par la radio et la recto-sigmoïdoscopie.

La malade fut opérée à froid quelques mois après. —

La conduite à tenir dans les cas de volvulus incomplet est donc claire : faire une colectomie à froid, et de préférence en un temps, à condition que les circonstances soient favorables.

Dans le cas contraire : colectomie en deux temps.

D. — FORME CLASSIQUE

Les malades qui sont atteints de la forme classique de mégacôlon avec constipation et météorisme, commencent en général par être soignés par un médecin. On leur a ordonné un régime, on leur a conseillé de grands lavages intestinaux. Mais ces moyens médicaux n'ont le plus souvent apporté aux malades aucune amélioration.

On doit cependant les tenter avant toute chose, mais s'ils échouent, il faut recourir au traitement chirurgical.

En définitive, le mégacôlon caractérisé par une constipation opiniâtre, par un gros météorisme, confirmé par la radiologie, ne subira pas d'amélioration sous l'influence des moyens médicaux.

Il devra être traité chirurgicalement. Ceci pour 2 raisons.

D'abord c'est une infirmité, obligeant les malades, pour lutter contre leur constipation rebelle, à user de lavements et de laxatifs quotidiens.

Ensuite c'est une menace continuelle, le mégacôlon pouvant provoquer une crise d'occlusion aiguë.

Les statistiques anciennes sont du reste là pour prouver l'inefficacité du traitement médical. En effet, dans

les formes avérées, où le traitement médical fut seul appliqué, il y aurait :

88 % de morts pour LÖWENSTEIN et 93 o/o de morts pour NEUGEBAUER.

DOWD condamne également ce traitement médical dont la mortalité oscillerait pour lui entre 67 et 99 o/o.

Résultats désastreux par conséquent.

Il n'y a qu'un cas peut-être où il faut essayer du traitement médical. C'est chez les très jeunes enfants. Tous les enfants opérés au dessous de deux ans sont morts en effet. Chez eux par conséquent le traitement médical permet de gagner du temps et d'arriver jusqu'à l'âge de 5 ou 6 ans, date à laquelle une intervention est possible dans des conditions bien plus favorables.

Du reste on a signalé chez les enfants quelques succès à l'actif des moyens médicaux.

Mme NAGEOTTE-WILBOUCHEWITCH a obtenu une grosse amélioration chez un garçon de trois ans et HALLEZ et BLECHMANN ont guéri un garçon de trois ans et demi.

Bien des moyens ont été proposés pour traiter chirurgicalement le mégacôlon sigmoïde. Nous éliminerons évidemment la ponction intestinale et la laparotomie exploratrice simple.

Coloplicature et colopexie

Les coloplicatures et les colopexies ont été souvent employées. Elles ont tenté un certain nombre de chirurgiens car ce sont des interventions bénignes. Mais quelle est leur efficacité ?

On conçoit qu'il soit permis d'espérer qu'en réduisant le calibre d'un còlon fortement distendu on puisse obtenir une amélioration, mais cette amélioration est en général bien passagère.

Quand à la colopexie, quels résultats espérait-on en obtenir ?

L'anse sigmoïde une fois fixée, par un procédé ou par un autre, il n'en subsistait pas moins l'énorme poche dans laquelle les matières devaient s'accumuler à peu près autant qu'avant l'intervention.

C'est pourquoi on a associé ces deux procédés : coloplicature et colopexie, espérant ainsi obtenir des guérisons complètes et durables. Il n'en a rien été. Tous les auteurs qui se sont occupés de la question s'accordent à dire que les résultats fournis par ces interventions ont été très insuffisants et ceux qui les ont tentées étaient certainement séduits par leur bénignité opératoire.

Ce sont donc des opérations à rejeter.

En face de la forme classique de mégacòlon il ne nous reste donc que deux procédés : les opérations de dérivation du contenu du grêle dans le sigmoïde ou le rectum et les colectomies.

Procédés de dérivation

Que veut-on obtenir par ce procédé ? Le malade est porteur d'une anse sigmoïde énorme dans laquelle les matières s'accumulent. On s'est alors dit que si l'on pouvait éviter de faire passer les matières par cette anse

énorme, le malade serait guéri. D'où l'idée de faire des dérivations.

On a d'abord fait des dérivations simples, c'est-à-dire en faisant une anastomose iléo-sigmoïdienne. Mais toutes les matières ne passaient pas par l'anastomose. Une partie s'engageait dans le cæcum et suivant le gros intestin arrivait dans le sigmoïde par le chemin normal.

On a voulu faire mieux et on a fait des anastomoses iléo-sigmoïdiennes avec exclusion unilatérale du gros intestin. On sectionnait l'iléon près de sa terminaison et après fermeture des deux bouts on faisait l'anastomose iléo-sigmoïdienne. On pensait qu'ainsi les matières ne passeraient plus dans l'anse ectasiée. Mais la radioscopie nous a montré que les mouvements antipéristaltiques sur le gros intestin sont très marqués et que des matières sont refoulées dans le sigmoïde, au-dessus de l'anastomose, où elles peuvent s'accumuler de manière à former des fécalomes.

Ainsi dans ces procédés de dérivation, qu'il s'agisse d'anastomose simple ou d'anastomose avec exclusion unilatérale du gros intestin, la poche ectasiée persiste, où peuvent s'accumuler les matières. Le résultat qu'on se proposait n'est donc pas obtenu.

Il est un procédé qui, du point de vue physiologique, paraît plus satisfaisant que l'iléo-sigmoïdostomie : c'est l'anastomose directe du fond du cæcum dans la fin du sigmoïde, telle que l'ont décrite LARDENNOIS et OKINCZYK. Mais la poche ectasiée persiste toujours. Du reste ces procédés de dérivation seraient surtout à envisager dans le cas de mégacôlon total.

Quelle est la mortalité dans ces interventions ? DUVAL et PATEL dans leur rapport au Congrès de Chirurgie de 1913 donnent le chiffre de 10 %, ce qui est énorme pour un procédé qui, somme toute, ne donne pas de résultats satisfaisants.

Il faut ajouter que, pour être rationnelles, ces anastomoses doivent être faites au point d'union du côlon pelvien avec le rectum. Or, à ce niveau, c'est-à-dire profondément, les manœuvres sont parfois difficiles.

Ainsi donc, les procédés de dérivation ne nous apparaissent pas comme une méthode satisfaisante et sont à rejeter, de même que tous ceux que nous avons étudiés jusqu'à présent.

DOWD, dans son important travail sur le traitement chirurgical du mégacôlon, confirme ces données. Pour lui, le groupe des opérations palliatives : colopexie, plicature, court-circuit, avec une forte mortalité, ne donne qu'à peine 18 % de guérisons.

Quel est donc le traitement à appliquer à la maladie de HIRSCHPRUNG ?

C'est la colectomie. La grande majorité des auteurs contemporains sont d'accord à ce sujet.

Colectomie

C'est l'opération de choix, elle assure une guérison complète. Elle comportait autrefois une grosse mortalité, mais sa technique est aujourd'hui parfaitement réglée. Cette opération est relativement bénigne entre les mains de chirurgiens exercés.

La colectomie est d'autant plus facile que l'anse sigmoïde est pourvue d'un plus long méso. Malheureusement il est fréquent de trouver dans ces cas de la méso-sigmoïdite rétractile qui gêne les manœuvres opératoires.

Il y a deux manières de pratiquer la colectomie : en un ou en deux temps.

La colectomie idéale, en un temps, est évidemment plus satisfaisante et sera plus facile à faire accepter par le malade et par son entourage que l'opération en deux temps, qui obligera l'opéré à faire un long séjour à l'hôpital ou à la maison de santé, et qui le condamnera à garder pendant quelque temps un anus artificiel. Mais elle comporte une mortalité plus grande que le procédé en deux temps.

Le Professeur LECÈNE évalue cette mortalité à 10 à 15 %.

La colectomie en deux temps comporte certainement moins de risques ; c'est pourquoi elle a été et est encore souvent employée malgré la longueur du traitement et les interventions successives qu'elle comporte. On sait en quoi consiste cette colectomie en deux temps :

— dans un premier temps on extériorise l'anse sigmoïde ectasiée, on fait une ligature soignée des vaisseaux du méso et on résèque l'anse après avoir accolé ses deux bouts en canon de fusil.

— dans un second temps on rétablit la continuité du gros intestin.

La mortalité, quand on emploie ce procédé, peut-être abaissée au-dessous de 5 %. A ce point de vue il est donc très séduisant.

Nous allons discuter la valeur de ces deux opérations d'après les documents que nous avons trouvés, puis nous indiquerons ensuite les résultats obtenus chez les malades de nos observations.

Pour Pierre DUVAL, la méthode en un temps est le procédé de choix.

Avec GRÉGOIRE il rapporta en 1913 à la *Société de Chirurgie*, l'observation d'une femme de 51 ans, opérée 1 an auparavant en occlusion et à qui on avait simplement sectionné des brides fibreuses qu'on rendait responsables du mégacôlon. Mais les troubles réappaaraissant, Duval et Grégoire firent une résection avec suture termino-latérale et obtinrent la guérison de la malade.

C'est aussi l'avis de PAUCHET qui conseille le bout à bout immédiat s'il n'y a pas de difficultés techniques. Après l'opération il introduit par l'anus un tube de FAUCHER à demeure, qui monte au delà de l'anastomose, pendant 6 à 7 jours. Il recommande, si l'on a des doutes sur l'étanchéité des sutures, de fixer l'anastomose à la paroi.

Notre maître LECÈNE fit une colectomie en un temps avec suture termino-terminale chez une femme de 44 ans, qui avait subi avant l'opération une préparation très soignée. Nous insisterons plus loin sur ce point. (Obs. X).

Voyons maintenant quels sont les partisans de la colectomie en deux temps, que la plus grande bénignité de ce procédé a séduits.

LARDENNOIS écrivait récemment : « Pratiquée en 2 ou

3 temps la colectomie pelvienne demande beaucoup de patience de la part du malade et du chirurgien, mais elle donne une sécurité complète. On l'emploiera sans discussion dans les grands mégacôlons, quand les tumeurs intestinales sont de mauvaise qualité ».

HERTZ, chez deux femmes de 40 ans, a obtenu deux succès en appliquant rigoureusement la méthode de MIKULICZ :

1^{er} temps : extériorisation.

2^e temps : résection.

3^e temps : cure de l'anus.

Nous avons dit, en parlant du volvulus, ce que nous pensions de cette méthode. Nous préconisons l'extériorisation avec résection immédiate.

PATEL est aussi partisan de la résection en 2 temps dans son rapport avec Pierre DUVAL.

Mais, où nous trouvons les plus nombreux partisans du procédé en deux temps, c'est lorsqu'il s'agit de chirurgie infantile.

Le P^r LECÈNE dit bien que dans ces cas l'opération en deux temps est difficile à faire accepter par les parents, mais elle comporte tellement moins de risques !

OMBRÉDANNE considère la colectomie en un temps comme terriblement grave chez l'enfant. Il conseille l'extériorisation résection avec anus de décharge sur l'anse extériorisée et section de cette anse au thermo au bout de 48 heures.

C'est également le procédé qu'a employé VEAU, avec deux succès, chez deux enfants cependant très jeunes : 16 mois et 4 ans. Il fit l'extériorisation avec résection re-

tardée et fermeture de l'anus très longtemps après : 12 mois dans un cas, 18 mois dans l'autre. Et VEAU écrit à ce propos : « Nous sommes en droit de soutenir que si nos opérés meurent, c'est parce qu'ils sont traités pendant trop longtemps par des moyens notoirement insuffisants. Le mégacôlon est presque toujours une affection congénitale. Les adultes opérés sont des constipés depuis leur petite enfance. Ils sont soignés comme tels, ils ont épuisé tous les traitements jusqu'au jour où le mal dépasse la thérapeutique. Nous devons nous employer à faire admettre par les médecins que le mégacôlon doit être opéré avant les accidents d'occlusion. Mais pour que le médecin ose proposer une intervention à froid chez un enfant constipé, il faut que notre opération soit à coup sûr une opération bénigne ». C'est pourquoi il propose l'extériorisation-résection.

MONNIER, de Zurich, est également de cet avis, bien qu'il ait obtenu un succès avec une résection en un temps.

BARRINGTON WARD fait chez les enfants, des résections en deux temps, mais deux temps intra-abdominaux : c'est-à-dire que dans un premier temps il pratique un court circuit isolant la portion dilatée, et dans un second temps il fait l'exérèse de cette portion.

A. LANE a opéré en 1913, suivant cette méthode, 5 malades âgés de 3-6-9-10 1/2-12 ans, tous atteints de dilatation considérable et tous soumis pendant longtemps en vain au traitement médical. Quatre ont guéri, le cinquième est mort.

En résumé on peut dire ceci :

Chez un sujet résistant, qu'on a pu préparer convenablement avant l'opération, dont les tuniques intestinales sont bonnes, la colectomie en un temps est préférable.

Si ces conditions ne sont pas remplies, et chez l'enfant, mieux vaut faire la colectomie en deux temps. La technique à employer sera la même que celle que nous avons indiquée à propos du volvulus et si l'état du malade le permet on emploiera les deux procédés qui simplifient le plus la fermeture ultérieure de l'anüs.

Il est encore une autre manière de pratiquer la résection du côlon sigmoïde : c'est la méthode de l'invagination. Elle a donné deux succès dans deux cas de HOFFMANN et de PERTHES. Mais le malade que RABÈRE opéra par ce procédé mourut. Cette technique, qui n'a d'ailleurs été que fort peu employée, est désuète et doit être complètement abandonnée.

FORME AVEC FÉCALOME

En étudiant les formes cliniques nous avons rattaché cette forme au syndrome de HIRSCHPRUNG classique.

Fécalomes opérés à froid

Voyons d'abord quelle conduite tenir dans le cas de fécalome sans occlusion, chez les malades qui viennent consulter pour une tumeur abdominale dont il faut faire le diagnostic. Il faut commencer par le traitement le plus simple : l'extraction du fécalome par les voies naturelles.

C'est une véritable opération, qui nécessite l'anesthésie générale. Après dilatation de l'anus on tâchera d'extraire le fécalome avec un instrument mousse, sous un courant continu d'eau salée chaude. On morcellera le fécalome méthodiquement, du centre vers la périphérie comme le fit notre maître LECÈNE (obs. XI).

C'est une opération laborieuse, qui a duré presque une heure dans le cas dont nous parlons, mais qui a donné par la suite une guérison durable. Il faudra donc toujours l'essayer.

Si l'extraction du fécalome est impossible par les voies naturelles on la fera par colotomie et on abouchera l'intestin distendu à la paroi. Dans un second temps, quand la vidange de l'intestin sera complète, on pourra faire la colectomie si cette opération paraît nécessaire.

Dans ces cas, la colectomie en un temps ne nous paraît pas à conseiller. MIRIZZI rapporte bien cinq observations personnelles de résection colique pour fécalomes, avec anastomose immédiate. Il a eu quatre guérisons et une mort. Ce sont des cas heureux, car lorsqu'il y a fécalome, les parois intestinales sont altérées. Dans le cas de notre maître MICHON, elles avaient la consistance du carton bouilli et dans de semblables tissus, les sutures ne sont pas solides. D'où le danger des résections.

Ainsi donc; si l'extraction du fécalome par les voies naturelles est impossible, il faut la faire par colotomie et aboucher l'intestin à la paroi. La colectomie sera pratiquée ultérieurement, une fois que la vidange complète de l'intestin aura mis le sigmoïde au repos et permis à ses parois de reprendre des caractères normaux.

Occlusion par fécalomes

L'occlusion dans ces cas n'est généralement pas due à la présence d'une seule grosse tumeur stercorale, mais à une accumulation considérable de matières dans l'anse ectasiées que distend en plus une grosse rétention gazeuse.

Une occlusion de cette origine est beaucoup plus rare

que celle due à un volvulus. Nous en avons cependant retrouvé quelques observations.

Plusieurs procédés ont été employés pour lutter contre cette forme d'occlusion.

Simple anus artificiel sur l'anse dilatée

Ce procédé donne de très mauvais résultats, de l'avis de tous les chirurgiens. Pourquoi ? Parce que chez ces sujets dont l'anse sigmoïde et encombrée de matières l'évacuation n'est pas satisfaisante. L'orifice de l'anus est trop petit pour laisser passer de grosses masses stercorales, accumulées depuis longtemps. L'occlusion persiste donc, en même temps que le foyer septique.

Tous les chirurgiens indiquent une grosse mortalité.

Le Pr LECÈNE indique 60 % de morts. GAYET et PATEL considèrent cette opération comme une intervention désastreuse. Elle doit donc être formellement rejetée.

Colotomie et colostomie

La colotomie suivie de l'extraction des fécalomes ne donne guère de meilleurs résultats. On le conçoit, car le contenu hyperseptique de l'intestin et la minceur de ses parois ne sont guère favorables à la solidité des sutures, qui peuvent lâcher et provoquer des péritonites mortelles.

Si la colotomie donne de mauvais résultats, il n'en est pas toujours de même pour la colostomie. On incise la paroi du sigmoïde, on extrait les fécalomes qui y sont contenus et on abouche l'anse à la paroi. Cette méthode est même celle que nous préconisons lorsqu'après la-

parotomie pour occlusion par fécalomes on se rend compte que l'état des parois interdit une colectomie, même en deux temps, bien que la colostomie soit parfois insuffisante comme nous le montrera l'observation de BUNDSCHUH.

Mais il faut bien savoir que l'on a ainsi pallié aux accidents d'occlusion sans supprimer la lésion, qui devra être traitée ultérieurement. Nous en donnerons un exemple. Il s'agit d'une observation de BUNDSCHUH concernant un homme de 27 ans en occlusion presque complète. Après incision dans la fosse iliaque gauche on tombe sur un mégacôlon sigmoïde rempli de grosses matières fécales. En raison du mauvais état général l'opérateur renonce à une résection. Il incise le mégacôlon, évacue les matières fécales et suture le sigmoïde ouvert à la paroi. Pas d'amélioration. Il fallut pratiquer à la locale une incision dans la fosse iliaque droite et établir un anus sur une anse grêle dilatée. Une amélioration se produisit alors, mais trois mois après, le malade était dans un état de dénutrition marquée, dû très vraisemblablement à l'anus grêle et on dut pratiquer la cure des deux anus.

Voilà donc un cas dans lequel la colostomie n'a amené aucune amélioration immédiate, et pas davantage la guérison du mégacôlon, car deux mois après la fermeture des anus le malade fit une occlusion aiguë par volvulus de l'anse ectasiée.

Une autre observation, de PULS, nous montre l'insuffisance de la colotomie.

Chez un homme de 52 ans, en occlusion, il fit, après

laparotomie médiane, une incision sur une anse sigmoïde énorme et il en sortit un fécalome gros comme un œuf d'autruche. Le malade guérit de son intervention, mais resta très constipé.

Au bout d'un an, récurrence d'occlusion. Nouvelle intervention : incision de l'anse oméga, extraction d'un nouveau coprolithe moitié moins gros que la première fois, mais pesant cependant 550 gr. Suture puis iléocolostomie. Revu au bout d'un an le malade avait des selles quotidiennes.

Anastomoses

Nous ne parlerons plus des anastomoses. Tout ce que nous en avons dit à propos de l'occlusion par volvulus s'applique au cas que nous traitons en ce moment. C'est une opération à rejeter.

Quel procédé reste-t-il donc pour lutter contre l'occlusion ? Il en est deux : *l'anus cæcal* ou *la résection en deux temps*.

Les indications respectives seront tirées de l'état général, de l'âge du sujet et du temps écoulé depuis le début de l'occlusion.

Anus cæcal

Si l'occlusion est ancienne et l'état général mauvais il faut se borner à faire un anus cæcal à la locale. En y adjoignant toutefois la vidange aussi complète que possible de l'anse sigmoïde par de grands lavages intestinaux.

Au bout de quelques semaines ou de quelques mois

on fera la cure radicale du mégacôlon en le réséquant.

C'est ce que fit CHIOSSONE chez un vieux constipé de 52 ans qu'il vit en occlusion grave et dont il obtint la guérison.

C'est également ce que fit GIORDANO chez un homme de 50 ans.

Une crise d'occlusion grave fut traitée par un anus cæcal.

24 jours plus tard on fit la colectomie en 2 temps par mesure de prudence. Et le malade guérit.

Mais si l'anus cæcal donne de bons résultats il faut se garder de faire des anus sur le grêle. Outre qu'ils sont peu efficaces en cas d'occlusion par fécalomes, ils sont graves par eux-mêmes, surtout lorsqu'ils portent sur le jéjunum.

Une observation d'A. BERGÉ, CHEVRIER et P. LEFÈVRE, rapporte justement un cas d'anus grêle pour un mégasigmoïde en occlusion.

Il n'y eut pas d'amélioration et le malade mourut au bout de quelques jours.

Colectomie en deux temps

Si l'occlusion est récente, l'état général satisfaisant il est préférable de pratiquer la résection du mégacôlon, à condition toutefois que l'état des parois intestinales le permette. Résection en deux temps naturellement pour les raisons que nous avons suffisamment exposées dans un autre chapitre.

Qu'il nous suffise de citer deux exemples montrant la gravité des colectomies en un temps faites en occlusion.

GIORDANO, chez un homme de 60 ans, en occlusion depuis 9 jours résèque un mégasigmoïde et fait un bout à bout immédiat. Le troisième jour mort par péritonite due à la rupture de la suture, vérifiée à l'autopsie.

RICHE opère une femme de 66 ans en obstruction et lui résèque un mégasigmoïde. Anastomose latéro-latérale. Mort 48 heures après.

TRAITEMENT ÉTIOLOGIQUE DU MÉGACÔLON

Nous serons bref sur ce dernier chapitre. Nous avons dit en commençant ce travail que nous ne voulions pas faire de pathogénie, mais il est certains cas dans lesquels un traitement étiologique simple peut amener, sinon la guérison, du moins une grosse amélioration. Ce sont ceux dans lesquels l'ectasie du côlon sigmoïde paraît être due à une contracture du sphincter anal. C'est pourquoi, lors de l'examen d'un malade atteint de mégacôlon il faut toujours pratiquer le toucher rectal.

La simple dilatation de l'anus, dans ces cas, peut amener une grosse amélioration, comme celle qu'obtint LARDENNOIS chez un garçon de 15 ans.

Mais BARTLE n'eut pas le même succès chez un enfant de 3 ans 1/2. Plusieurs dilatations de l'anus, et même sa section chirurgicale n'amènèrent qu'une amélioration très passagère.

BARTLE attribue à une action viciée du sympathique la dilatation permanente du côlon et propose, à la suite des travaux de ROYLE et HUNTER, la section des 1^{er} et 2^e rameaux communicants lombaires.

TIERNY, tout récemment, est revenu sur l'étude de cette méthode.

TECHNIQUE

I. — COLECTOMIE EN 1 TEMPS

Nous ne décrivons pas la colectomie en 1 temps. Sa technique est parfaitement réglée. Nous insisterons simplement sur certains points spéciaux au mégacôlon ou particulièrement importants.

— D'abord **la préparation du malade.**

C'est un point capital sur lequel insiste beaucoup le Professeur Lecène. Dans tous ses cas opérés à froid les malades furent préparés très soigneusement. Les résultats de la colectomie dépendent beaucoup de cette préparation qui réduit les risques au minimum.

Il faut que la vidange du mégacôlon soit complète, que la stase fécale dans l'anse ectasiée ait disparu. C'est du reste très difficile à obtenir et même après une préparation très complète il arrive souvent de trouver à l'opération quelques matières dans le côlon sigmoïde.

Quoi qu'il en soit, on procèdera ainsi :

Pendant les 5 jours qui précéderont l'intervention le malade prendra tous les matins 10 grammes d'huile de ricin.

De plus, la veille de l'intervention on lui fera, dans la soirée, un grand lavage intestinal.

La technique de la résection elle-même ne comporte que deux points particuliers :

— Il faut la faire assez étendue pour que les sutures portent sur des tuniques intestinales saines.

— La ligature des vaisseaux du méso sera pratiquée au point où devra porter la section du côlon, de manière à avoir une excellente vascularisation des bouts. Nous reviendrons du reste sur ce point.

Comme dans toute colectomie l'anastomose termino-terminale est la plus satisfaisante.

Il faudra veiller à ne pas faire de points perforants ; au niveau du gros intestin c'est un point absolument essentiel.

Le Professeur Lecène fait la suture en 2 plans :

— 1^{er} plan séro-musculaire au fil de lin.

— 1^{er} plan total au fin catgut collargolé.

De telles sutures donnent d'excellents résultats.

II. — EXTÉRIORISATION. RÉSECTION

La technique de l'extériorisation avec résection retardée a été décrite pour le traitement des cancers du côlon gauche par SCHWARTZ et HARTGLASS dans le *Journal de Chirurgie* en 1924. Mais la technique de l'extériorisation-résection pour mégacôlon en diffère complè-

tement. C'est pourquoi nous allons en faire la description.

Nous avons dit, en étudiant les indications opératoires, suivant en cela les conseils de notre maître Lecène, qu'il y avait trois manières de pratiquer l'extériorisation avec résection immédiate suivant les conditions dans lesquelles on se trouvait. Nous décrirons successivement ces trois procédés.

Nous n'aborderons pas dans cette étude l'importante question de l'anesthésie. Disons simplement que si l'on opère en occlusion, chez un malade shocké, ayant un mauvais état général, l'éther ou le Schleich paraît préférable.

Mais si on opère à froid l'opérateur pourra donner de l'éther, du Schleich, du chloroforme, ou faire une raché, suivant ses convenances personnelles.

a) Extériorisation-résection pure et simple

(Prenons par exemple le cas d'un mégacôlon tordu, avec gangrène de l'anse).

Incision. — La laparotomie médiane sous-ombilicale est la meilleure. Elle donne un jour excellent et permet de placer une valve sus-pubienne si besoin est.

Il faut être très prudent à l'ouverture du péritoine à cause de l'énorme distension de l'anse qui tend à se précipiter au dehors.

Détorsion. — On pratique la détorsion en faisant pivoter l'anse très doucement, avec les deux mains, en la

soutenant, après s'être rendu compte du sens de la torsion.

Introduction par l'anus d'une longue sonde, de gros calibre, qui évacuera les nombreux gaz contenus dans l'anse ainsi que des matières liquides, ce qui facilitera les manœuvres ultérieures.

L'anse, affaissée, repose sur un lit de compresses.

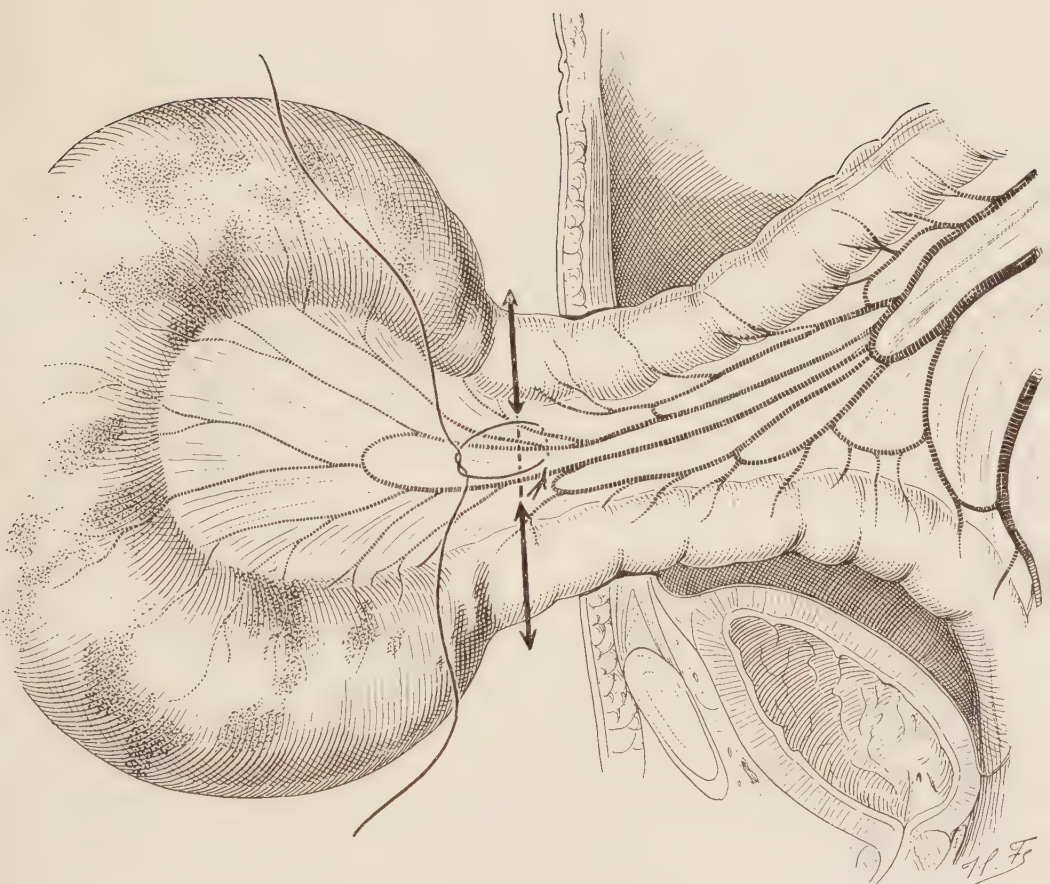
Ligature des vaisseaux du méso. — Ce point est très important et c'est là que la technique diffère de celle suivie dans le traitement des cancers.

Alors que dans le cas de cancer il faut aller lier les vaisseaux le plus loin possible, de manière à enlever les ganglions, ici, c'est tout-à-fait inutile. Il suffit de lier les vaisseaux du méso un peu au-dessous du point où portera la section du côlon, de manière à ce que le méso, plissé, ne fasse pas saillie au-dessus des bouts intestinaux, après leur accollement en canon de fusil.

C'est donc très facile. On étale le méso. On repère le niveau où portera la section colique et un peu au-dessous de ce point on lie les vaisseaux. (La figure 1, indique très clairement ce que nous venons de dire. Elle montre de plus qu'après une telle ligature des vaisseaux, la nutrition des bouts coliques est parfaitement assurée).

Section du méso.

Accollement des 2 branches en canon de fusil. — On accole les 2 branches de l'anse en canon de fusil sur une hauteur de 6 centimètres environ, par des points séro-



L'anse après détorsion (Pour la commodité du dessin on a réduit le volume de l'anse sigmoïde, qui devrait être plus volumineuse). La flèche indique le point où portera la section de l'anse.

musculaires au fil de lin. On fait d'abord l'accolement sur une face en faisant porter les points sur les bandellettes longitudinales, autant que possible, puis sur l'autre face.

De sorte que les 2 branches se trouvent accolées sur le $1/3$ de leur circonférence environ et que le méso se trouve entre les 2 branches dans une sorte de tunnel délimité par les sutures d'accolement, comme on le voit très nettement sur le schéma de la figure 2.

Fixation du canon de fusil au péritoine pariétal. — On fixe alors les anses accolées en canon de fusil au péritoine pariétal à la partie inférieure de l'incision médiane.

Cette fixation se fera au fil de lin avec une fine aiguille de Reverdin ou une aiguille courbe montée.

Fermeture de la paroi. — On fermera alors la paroi en 1 plan aux bronzes ou aux crins doubles. Le dernier point inférieur restera à une certaine distance du canon de fusil de manière à ce que la paroi soit fermée lâchement à ce niveau. Mais le péritoine devant être exactement fermé, on complètera sa fermeture par un ou deux points au catgut.

Ainsi donc, l'anse sigmoïde extériorisée et complètement exclue de la grande cavité péritonéale on pourra passer au temps septique de l'opération, la **résection de l'anse**. La fixation du canon de fusil au péritoine, a été faite de telle manière qu'après section de l'anse *un long bout reste au dehors : environ 5 ou 6 cm.* Ce point est d'une importance extrême. On sait en effet que les

bouts se rétractent toujours et si on les coupait trop près de la paroi on pourrait avoir les pires ennuis.

Sur chaque branche de l'anse, on place un clamp au-delà du point où portera la section, du côté ectasié. Sur le bout supérieur on fait au bistouri une petite incision, juste suffisante pour laisser passer un tube de Paul qu'on introduit aussitôt. On fixe ce tube par une grosse soie passée autour de l'anse et on achève alors la section du bout supérieur au bistouri.

De cette manière on a évité ou réduit au minimum l'issue des matières.

Au niveau du bout inférieur, section au bistouri.

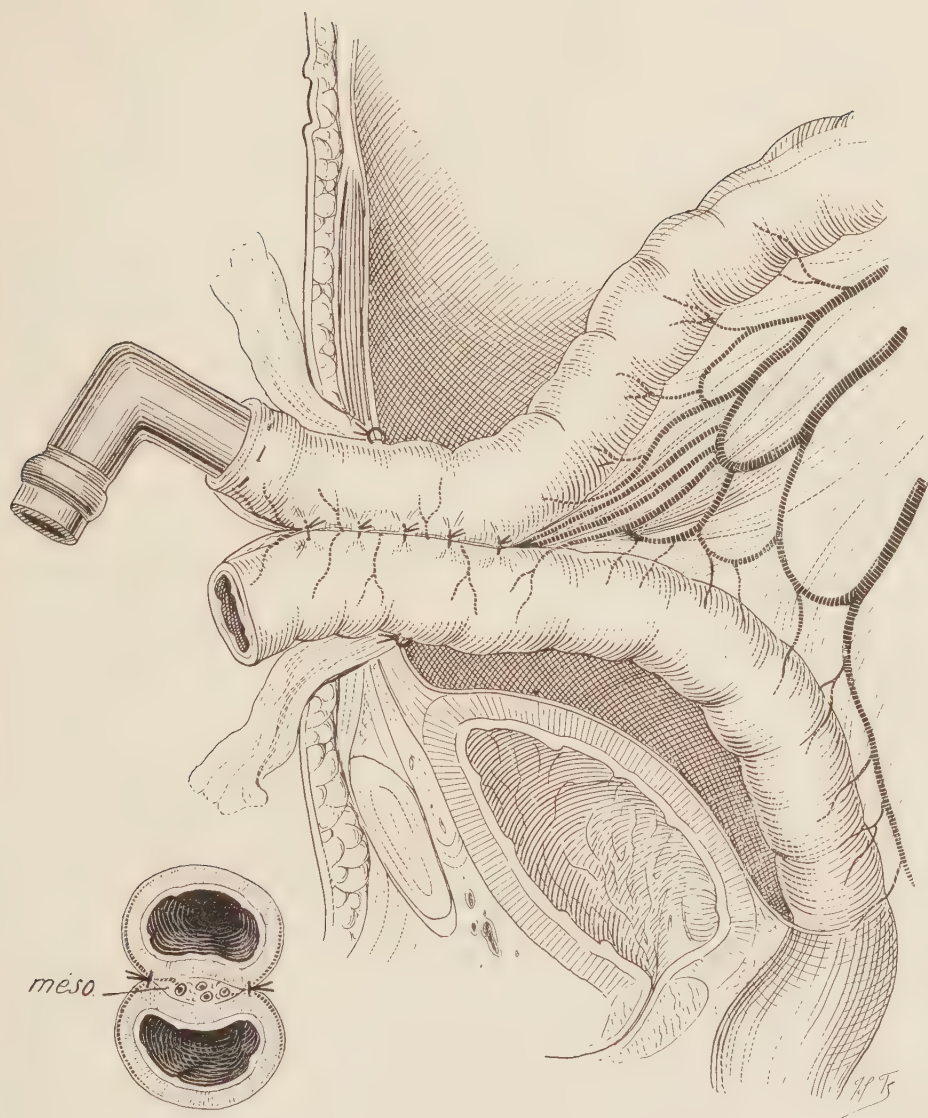
L'opération est terminée. Il ne reste plus qu'à placer quelques mèches entre le canon de fusil et la paroi.

Sur la figure 2, nous n'avons fait représenter que la fixation des anses au péritoine. Nous croyons qu'elle est suffisante si on laisse un assez long bout dehors. Cependant, en cas de paroi très adipeuse, il est plus prudent de fixer les deux bouts à la peau.

Suites opératoires. — Le tube de Paul tombe en général vers le 4^e ou 5^e jour. A ce moment les adhérences formées empêchent toute issue de matières dans la cavité péritonéale.

Fermeture de l'anus. — Voyons maintenant comment pratiquer la fermeture de l'anus.

Quand tout accident d'occlusion a disparu, quand la plaie est bien propre, quand l'accrolement est parfait entre les anses et la paroi, c'est-à-dire, en moyenne trois semaines après la première intervention, on peut *appliquer*



Les deux anses sont accolées en canon de fusil. On voit leur fixation au péritoine pariétal. Le petit dessin schématise l'accolement des deux anses et la disposition du mésa entre elles.

l'entérotome de Dupuytren. Cette application se fait sans danger puisque l'on sait sur quelle longueur on a fait l'accolement.

Au bout de quelques jours l'entérotome se détache. On se rend compte alors de la section de l'éperon obtenue. Si elle paraît insuffisante, on peut pratiquer une seconde application de l'entérotome.

On transforme ainsi en simple fistule stercorale l'anús contre nature.

Cure de la fistule stercorale. — On fait une incision elliptique, en passant à 2 millimètres de la muqueuse environ. En suivant au plus près on libère l'anse qu'on attire franchement en dehors du ventre. La grande cavité péritonéale est donc ouverte et il faut se protéger soigneusement.

On avive les 2 bouts. On fait un surjet total au catgut collargolé. Puis on fait un ou deux autres plans d'enfouissement au fil de lin. Il est souvent plus commode, au niveau de ce péritoine altéré, de faire des points séparés plutôt qu'un sujet.

On lave ensuite à l'éther, puis on referme lâchement la paroi sur un petit drain.

**b) Extériorisation-résection avec anastomose
immédiate au pied de l'anse**

La technique est exactement la même que dans le cas précédent jusqu'à la section du méso. Une fois le méso sectionné on fait une anastomose latérale entre les

2 branches coliques à 10 cm. environ du point où portera la section de l'anse.

Cette anastomose sera large de 5 cm. environ. Il faudra prendre garde, en la faisant, de bien enfouir la muqueuse, lors du surjet total et d'éviter de faire des points perforants.

On continue ensuite l'opération suivant la même technique que dans le 1^{er} cas, mais en accolant les 2 branches sur une moins longue distance, puisqu'elles sont déjà réunies par l'anastomose. (La figure 3 montre bien cette différence).

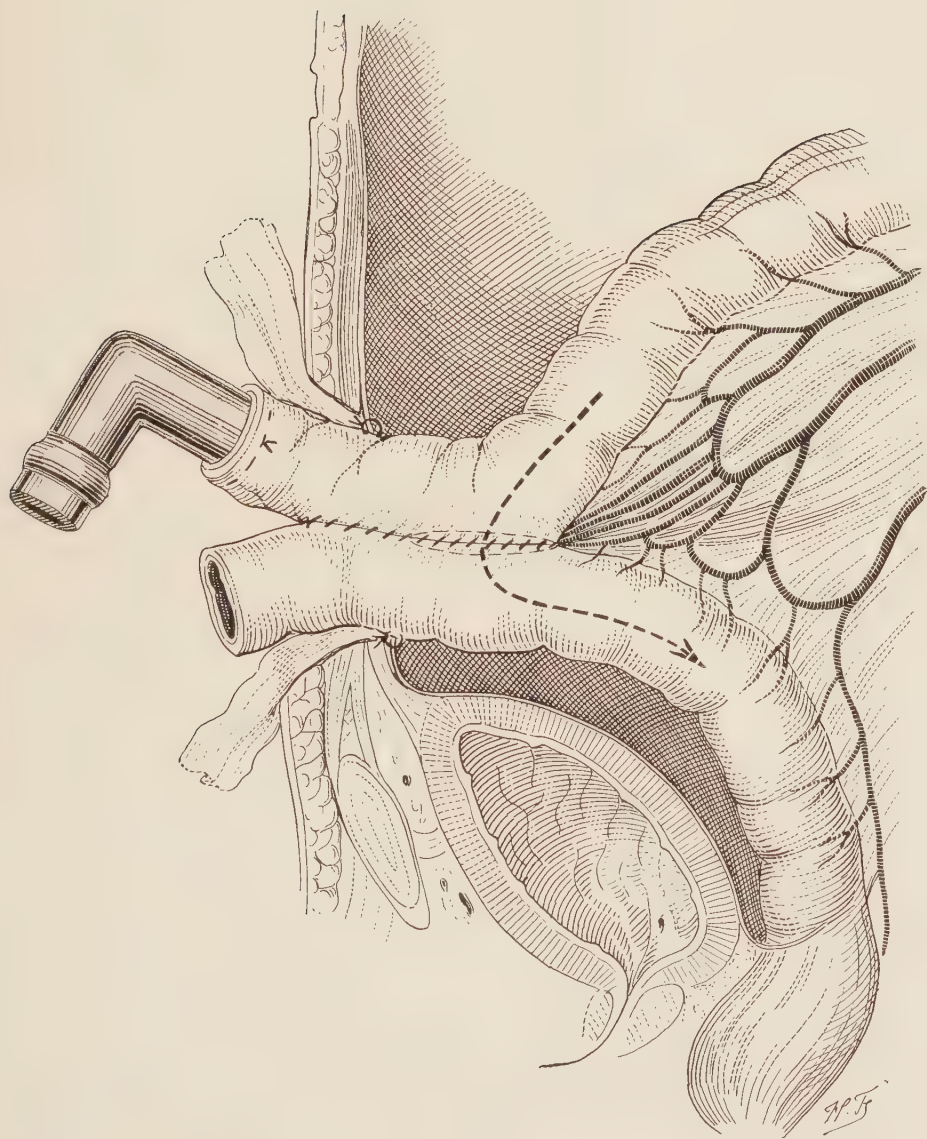
Fermeture de l'anus. — Il est évident que dans ce cas la fermeture de l'anus est grandement facilitée par l'existence de l'anastomose. Elle se fait même souvent spontanément. Dans le cas contraire on procéderait comme dans le premier cas.

**c) Extériorisation-résection avec anastomose
immédiate au pied de l'anse et fermeture
du bout inférieur**

La technique est la même que dans le 1^{er} cas jusqu'à la section du méso. Une fois le méso sectionné :

Fermeture du bout inférieur sectionné. — Cette fermeture peut se faire de plusieurs manières.

Si l'anse n'est pas trop grosse, les franges graisseuses pas très abondantes, on peut, après écrasement, sectionner l'anse, faire une ligature et l'en-



On a fait une anastomose latérale au pied de l'anse

fouir sous une ou 2 bourses séreuses comme un moignon d'appendice.

Mais si l'ansè est grosse, que l'on craigne d'avoir un moignon trop gros, la fermeture du bout colique se fait :

— par une double rangée de sutures: surjet total invaginant, surjet séro-séreux d'enfouissement.

— par la suture « bord à bord » préconisée par notre maître Robineau.

— par le procédé de Mayo employé pour la fermeture du duodénum.

Anastomose latéro-latérale. — On la fera le plus près possible de la fermeture du bout inférieur, de manière à éviter la formation d'un cul-de-sac.

Son exécution sera facilitée par l'existence de l'anse supérieure non encore réséquée.

Fixation du bout inférieur au péritoine pariétal. de manière que ce bout affleure le péritoine.

Fixation de la branche supérieure au péritoine pariétal.

Fermeture de la paroi.

Section de la branche supérieure. — Il faut qu'un bout de 4 cm. environ reste dehors.

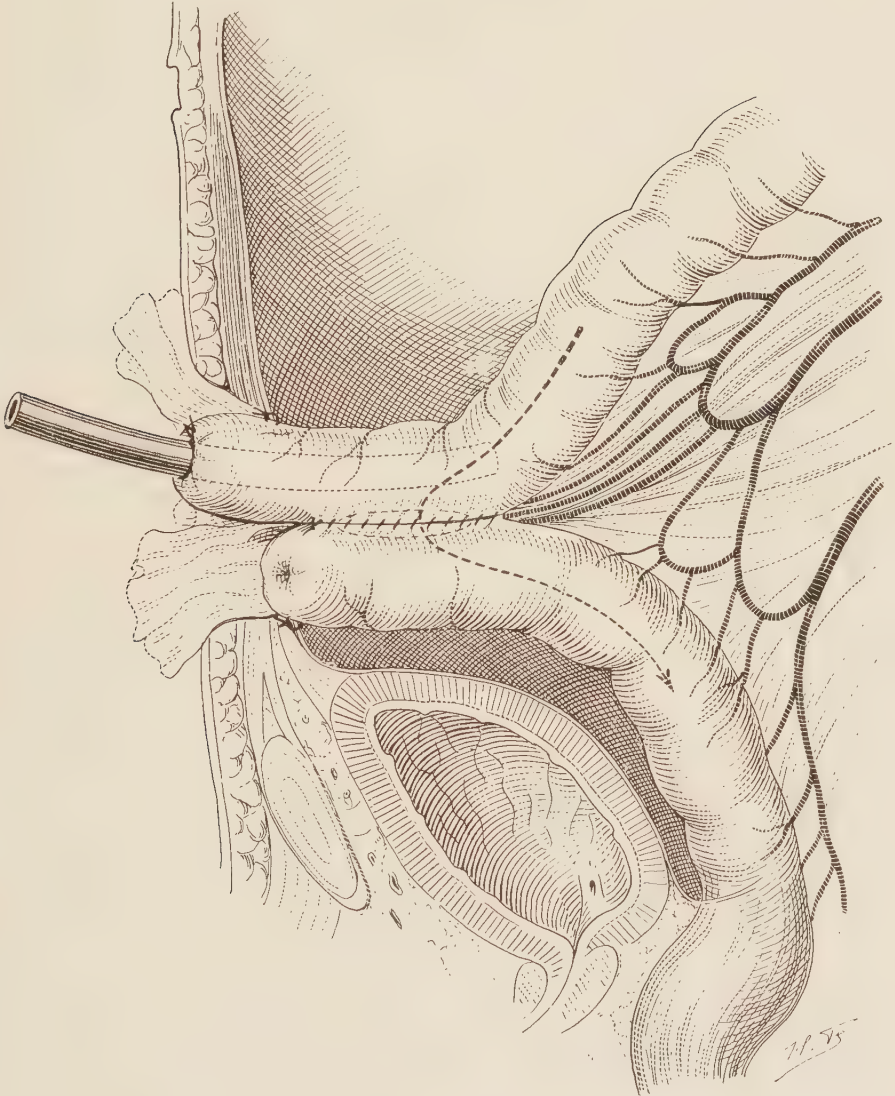
Mise en place de la sonde dans le bout supérieur. — On fafile un catgut fin sur la circonférence du bout supérieur, près de son bord libre.

On introduit dans ce bout supérieur une sonde de Nélaton ou un petit drain. On serre le catgut sur la sonde.

On enfonce alors la sonde, ce qui produit une invagination du bout colique et on maintient cette invagination par quelques points séro-musculaires de part et d'autre de la sonde.

Finalement le cône invaginé ne dépasse que très peu le niveau de la peau, comme le montre la figure 4.

La sonde tombe au bout de quelques jours et la fistule se ferme en général spontanément.



Le bout inférieur, fermé, est fixé au péritoine pariétal. Une sonde a été introduite dans le bout supérieur

OBSERVATIONS

Obs. I (*inédite*) (due à l'obligeance de notre maître LE-CÈNE).

D' F....., 74 ans.

Constipé depuis sa première enfance. Néanmoins peut faire son métier de médecin. Souvent obligé de recourir à des lavements et à des laxatifs.

Il y a 11 ans (en 1916) à l'âge de 63 ans, première crise de subocclusion grave : pas de selles pendant 6 jours. Ballonnement progressif, vomissements. On pense à un néoplasme du côlon et on veut faire un anus cæcal.

L'incision iliaque droite montre un volvulus du côlon pelvien très volumineux que l'on détord. Guérison.

2 ans après (en 1918) à l'âge de 65 ans, nouvelle crise d'obstruction avec ballonnement et arrêt complet des gaz. On intervient le 4^e jour. Détorsion d'un volvulus de l'S iliaque très volumineux. Fixation ? au catgut ?

Depuis lors plusieurs crises d'obstruction, mais moins graves, se résolvant seules au bout de 2 ou 3 jours avec lavements et huile de ricin. Néanmoins le malade préfère risquer la résection à froid de son S iliaque.

A la radio : très longue anse sigmoïde « en bandoulière » exigeant plusieurs litres de baryte pour se remplir.

Préparation : Pendant 5 jours prise quotidienne d'huile de ricin.

Opération le 11 octobre 1927. Incision médiane.

Extériorisation de l'S iliaque.

Anastomose latérale au pied de l'anse, puis résection de toute la boucle.

Fermeture du bout inférieur.

Petit drain dans le bout supérieur.

Guérison sans fistule en 20 jours.

(L'anse réséquée contient 2 litres d'eau. Sa paroi est mince).

Obs. II (*inédite*) (due à l'obligeance de notre maître LECÈNE).

M. de L..., 49 ans.

Homme très vigoureux, très actif, ayant fait des voyages lointains d'exploration sans avoir été malade.

Gros mangeur, mais surtout végétarien par principe.

Selles assez régulières. Légère tendance à la constipation. Cependant jamais de gêne sérieuse, sauf il y a 28 ans (à l'âge de 21 ans) une crise d'entérite (?) très douloureuse, avec vomissements et constipation grave. Depuis rien.

Début des accidents actuels il y a 48 heures. Mucus glaireux rendu par l'anus. Pas de gaz. Pas de vraie selle.

Météorisme considérable, bien localisé au milieu du ventre. Apparition de douleurs paroxystiques très violentes depuis 12 heures, coïncidant avec des mouvements péristaltiques perceptibles sous la paroi. Toucher rectal : 0

Le diagnostic de volvulus est très probable du fait du météorisme local représentant une très grosse anse intestinale hypersonore, remontant jusqu'au thorax ; de l'absence de vomissements et du bon état général. Température : 37°8. Pouls : 80.

Opération le 6 mai 1919.

Incision médiane.

Volvulus d'une énorme S iliaque de la grosseur d'un pneumatique 815 X 105.

Détorsion facile après introduction d'une sonde rectale qui provoque l'évacuation des gaz.

Guérison opératoire.

Va bien depuis 8 ans. Pas de nouvelles crises.

Obs. III (due à l'obligeance de notre maître LECÈNE).

Mme R..., 42 ans.

Déjà opérée par moi en 1911 pour un volvulus du côlon pelvien avec énorme dilatation. On avait fait la simple détorsion. Guérison opératoire.

La malade est excessivement constipée depuis sa première enfance. Lavements et purges continuels. A eu plusieurs fois des crises de douleurs avec constipation durant 4-5 jours, avec arrêt des gaz, avant son volvulus de 1911. Mais elle n'avait pas accepté l'opération à froid.

Cette fois, avril 1913, pas de selles depuis 4 jours, pas de vomissements. Ballonnement considérable, médian. On palpe une anse énorme, évidemment l'S iliaque.

Opération le 21 avril 1913, au 4^e jour, avec bon état général, pouls à 80 et température à 37°8.

Extériorisation de tout l'S iliaque, qui est énorme : pneumatique de 815 × 105.

Résection totale après hémostase du méso qui contient des vaisseaux énormes.

Anastomose bout à bout. Opération très satisfaisante.

Suites opératoires. — Bonnes pendant trois jours, cependant pas de gaz. Pas de fièvre d'abord, puis la température monte à 38°5, 39°. Subictère, puis ictère. Anurie progressive. Ballonnement. Signes de péritonite lente et mort au 6^e jour.

Obs. IV (*inédite*) (due à l'obligeance de notre maître E. MICHON).

M. Victor Gl..., âgé de 56 ans. Professeur.

Malade se plaignant assez souvent de constipation opiniâtre ; très gros mangeur. Depuis 36 heures présente des signes nets d'occlusion : vomissements, arrêt des matières et

des gaz ; ballonnement très marqué, un peu asymétrique. Facies fatigué.

Le 10 juin 1919, opération. Incision iliaque droite pour établir un anus cæcal. On tombe de suite sur une anse intestinale énorme avec une bande longitudinale bien apparente. On a remarqué cependant que cette anse a une mobilité grande et ne tient pas à la fosse iliaque. Malgré cela on croit avoir à faire au cæcum et l'anse est abouchée à la peau. Suture au fil de lin.

Pendant le premier jour issue d'une quantité considérable de matières ; ensuite écoulement plus modéré. Les vomissements cessent, mais le ballonnement ne disparaît pas complètement. La Sœur Infirmière s'aperçoit qu'un lavement donné par l'anus avec une quantité un peu importante sort facilement par l'anus artificiel.

Dans l'ignorance où l'on est de la cause de l'occlusion, on fait une radiographie du gros intestin. On s'aperçoit qu'il y a un mégacôlon pelvien important et que l'anus que l'on croyait sur le cæcum est en réalité sur l'anse du volvulus.

Cependant la guérison se fait sans incidents. Le cours normal des matières se rétablit peu à peu et l'anus artificiel se ferme spontanément.

Depuis cette époque M. Gl... n'a pas présenté de nouvelle occlusion. Il n'a même plus les petites crises douloureuses intermittentes dont il se plaignait avant.

En somme, il ne s'agissait que d'un volvulus incomplet de l'anse sigmoïde ; l'anus a été en même temps une colopexie. La torsion n'était pas suffisante pour amener un sphacèle intestinal.

Obs. V (inédite) (due à l'obligeance de notre maître E. MICHON).

Madame du T. ..., âgée de 79 ans.

Crise d'occlusion intestinale aiguë avec arrêt des matières et des gaz. Ballonnement considérable.

A noter dans les antécédents des périodes de constipation opiniâtre. La malade allait à la selle à l'aide de purgatifs et de lavements. Restait quelquefois huit et dix jours sans garde robe.

Anus cæcal en 2 temps : fixation de l'anse, puis couverture de l'intestin au bout de 24 heures.

Le premier jour après l'incision de l'intestin issue de matières assez abondantes. Mais malgré cela persistance du ballonnement, de coliques douloureuses et surtout de contractions intestinales violentes visibles sous la paroi.

Deux jours après l'ouverture de l'anus, laparotomie médiane. On tombe sur le côlon pelvien énorme, violacé et tordu. Il ne présente pas de traces de sphacèle. Etant donné l'âge de la malade on se contente de détordre et de fixer l'anse. Guérison sans incidents.

La petite fistule cæcale persiste, laissant échapper les gaz et un peu de matières. Les fonctions normales par l'anus se rétablissent à l'aide de lavements.

La malade vit ainsi pendant 18 mois, conservant une fistule insignifiante, s'alimentant bien, sortant de chez elle.

Obs. VI (due à l'obligeance de notre maître LECÈNE).

Fillette de 12 ans. Très vigoureuse et bien constituée.

Au dire de sa mère a toujours eu un ventre un peu gros et a toujours été constipée depuis sa première enfance.

Depuis un an environ, elle a présenté à plusieurs reprises des douleurs abdominales, surtout dans la fosse iliaque droite, accompagnées de nausées et de constipation plus marquée que d'habitude. La température à ce moment ne dépasse pas 37°8.

On présente cette enfant comme atteinte d'appendicite chronique et, de fait, il existe une douleur à la pression assez vive au niveau de la fosse iliaque droite, avec légère défense musculaire. Mais le reste de l'abdomen est ballonné, tympanique,

et je demande un examen radiologique parce que le diagnostic d'appendicite chronique ne me satisfait pas.

L'examen radiologique montre une énorme distension du côlon pelvien qui remonte très haut verticalement, puis se coude brusquement pour redescendre vers la fosse iliaque gauche.

Cet examen ne laisse aucun doute sur le diagnostic de mégacôlon sigmoïdien.

J'explique à la famille de la malade les dangers de cette lésion et je conseille de faire une résection de ce mégacôlon.

Je pratique cette opération après préparation soignée de la malade (prise quotidienne de 10 gr. d'huile de ricin pendant 5 jours).

Le 7 janvier 1921, sous-anesthésie au chloroforme, incision médiane.

Extériorisation d'un côlon sigmoïdien énorme et très légèrement tordu autour de la base de son méso. Ligature de ce méso qui présente des vaisseaux très dilatés, puis résection totale de l'anse intestinale malade. Suture terminale de l'intestin en 2 plans, avec réfection soignée du méso. Réunion sans drainage.

La guérison fut très simple et j'ai depuis souvent revu cette jeune fille qui n'est plus du tout constipée, n'a plus jamais souffert du ventre et s'est parfaitement développée.

(L'anse réséquée était énorme. Sous pression légère on pouvait y faire tenir 3 litres 1/2 d'eau; la paroi de l'intestin est très amincie et l'examen microscopique montrait une atrophie considérable de la musculature lisse du côlon).

Obs. VII (*inédite*) due à l'obligeance de notre maître LECÈNE.

Mme Lan... 26 ans.

La malade se plaint de douleurs dans le ventre, apparaissant par crises coïncidant avec une constipation marquée et un ballonnement du ventre.

À l'âge de 12 ou 13 ans, la malade dit qu'elle a souffert d'une violente crise d'entérite (?) vomissements, diarrhée, avec glaires, peaux et sang.

Depuis ce moment aucune nouvelle crise de diarrhée ne s'est reproduite. Par contre la constipation n'a été qu'en augmentant.

Ces périodes de constipation s'accompagnaient de ballonnement du ventre et de douleurs abdominales. Jamais de débâcles diarrhéiques.

Il y a 5 ans apparaît pour la première fois une crise nette, à caractères bien particuliers.

Brusquement, au milieu de la journée la malade a été prise de douleurs d'iffuses dans tout l'abdomen, mais avec maximum très net dans la fosse iliaque droite.

La malade s'alite. Diète hydrique pendant trois jours. Aucune selle pendant ces trois jours. Pas de vomissements.

— Depuis la constipation opiniâtre est habituelle. Parfois apparaissent des crises douloureuses qui, moins violentes que la première, s'accompagnent également de :

douleurs diffuses, mais maxima à droite,
ballonnement du ventre,
constipation.

Seul le décubitus dorsal soulage la malade.

— En décembre dernier, les crises deviennent très violentes.

Amaigrissement de 3 kg.

Transpirations fréquentes.

Ventre douloureux à la palpation.

Antécédents. — Depuis deux hivers tousse fréquemment.

A eu deux accouchements prématurés : 8 mois, 7 mois. Les 2 enfants sont morts.

Mari bien portant.

Examen radioscopique après lavement baryté :

Grosse dilatation de l'ampoule rectale.

Allongement du descendant qui se dirige vers la droite jusqu'au niveau de l'angle hépatique.

Le transverse et le descendant sont de calibre normal.

On porte donc le diagnostic de méga et dolichocôlon ayant causé des crises de volvulus incomplet.

Intervention le 26 avril 1926.

Incision iliaque gauche.

Dilatation et allongement de l'anse sigmoïde avec mésosigmoïdite rétractile.

Résection du côlon pelvien. Anastomose bout à bout après préparation très soignée des 2 bouts (catgut, fil de lin). Péritonisation complète.

Guérison.

(L'anse sigmoïde contient 1 litre 1/2 d'eau sous faible pression).

Obs. VIII (due à l'obligeance de notre maître LECÈNE).

M. Voz..., 26 ans. Polonais.

Le malade raconte qu'il a des crises douloureuses abdominales avec difficulté pour aller à la selle. L'interrogatoire est très difficile par ce fait que le malade parle polonais uniquement.

Ballonnement localisé au bas-ventre.

Douleurs assez vives.

La radioscopie montre à 2 reprises différentes une anse sigmoïde dilatée et comme tordue en hélice au niveau de sa jonction avec le côlon descendant.

On fait le diagnostic de volvulus intermittent par mégacôlon localisé au côlon pelvien.

Opération le 27 février 1924.

Incision médiane sous-ombilicale.

On trouve en effet un côlon sigmoïde distendu et contenant encore des matières fécales demi-solides malgré 6 jours de purgation à l'huile de ricin.

Il y a un peu de mésosigmoïdite rétractile.

Résection du sigmoïde

Anastomose terminale après avoir préparé les deux bouts : (Surjets sêro sêreux au fil de lin. Surjet total au catgut col-largolé). Puis surjet sur le mêso reconstitué.

L'anastomose paraît satisfaisante et ne tire pas.

Fermeture de la paroi en 3 plans dont l'un aux crins perdus. Guérison.

La pièce est un mégacôlon limité au segment sigmoïde.

Rempli d'eau il contient plus d'1 lit. 1/2.

La paroi est mince et se laisse très facilement distendre.

Obs. IX (due à l'obligeance de notre maître LECÈNE).

M. Mos..., 30 ans, originaire de Pologne.

Entre à St-Louis pour douleurs dans le ventre.

Le début semble remonter à 2 ans 1/2, vers le mois d'août 1921 et paraît avoir été assez brusque.

Cette crise douloureuse, très vive, fut suivie de douleurs persistantes, mais moins vives, dans tout le ventre, empêchant le malade de travailler.

Constipation opiniâtre : selle tous les 3 ou 4 jours.

A l'entrée on constate : température : 37°.

Pouls : 80.

A l'inspection rien d'anormal.

Au palper, ventre souple, aucune contracture, aucune défense.

La palpation profonde réveille de la douleur, sur tout le trajet des côlons avec maximum au niveau du côlon gauche.

Au niveau de la fosse iliaque gauche on sent profondément une tuméfaction dure, allongée dans le sens vertical, légèrement mobile et sensible au palper : vraisemblablement le côlon iliaque.

Au toucher ; ampoule rectale bourrée de matières dures.

La radioscopie donne les renseignements suivants :

Après lavement baryté : ampoule rectale très dilatée et remontant très haut vers la droite où commence l'S iliaque pour

revenir vers la gauche. Le lavement, d'environ 1 lit. 1/4 n'arrive que vers la partie médiane du transverse. Tout le côlon gauche est dilaté.

Après repas bismuthé : aucune lésion gastro-duodénale. Stase bismuthée dans le côlon au bout de 4 jours.

On pose le diagnostic de mégacôlon ayant présenté dans le passé plusieurs crises de volvulus incomplet.

Opération le 16 janvier 1924.

Anesthésie : chloroforme.

On trouve un mégacôlon sigmoïde très net avec mésosigmoïdite rétractile.

Résection totale du sigmoïde. Hémostase soignée du méso qui est très vasculaire : 8-10 ligatures.

Entérorraphie circulaire très soignée : fil de lin sur la séromusculaire, catgut collargolé pour le surjet total.

Reconstitution du mésosigmoïde par 2 surjets de catgut collargolé.

Fermeture de la paroi en 2 plans. Petit drain.

Guérison.

(L'anse sigmoïde contient 2 litres d'eau. On y trouve des matières dures malgré la prise quotidienne d'huile de ricin depuis 8 jours).

Obs. X (*inédite*), due à l'obligeance de notre maître LECÈNE.

Mme Depol..., 44 ans.

Entré à l'hôpital St-Louis le 30 mai 1927.

A toujours été très constipée. Prenait très fréquemment des lavements et des purgatifs.

Il y a 3 ans crises douloureuses abdominales avec météorisme.

La malade consulte à Lariboisière dans le service du Pr Cunéo.

La radioscopie montre qu'il s'agit d'un dolichocôlon pelvien et on conseille une intervention que la malade n'accepte pas.

Depuis les troubles se sont accentués.

Constipation opiniâtre.

Gaz fréquents.

Eructations.

Mais pas d'anorexie, pas d'amaigrissement.

On note quelques troubles psychiques :

Diminution de la mémoire.

Irritabilité.

Neurasthénie.

La malade consulte le Dr Friedel qui pratique un examen radioscopique dont voici le compte rendu résumé.

Allongement de la portion cylindrique du rectum.

Allongement énorme du côlon pelvien dont le sommet remonte jusque sous le rebord costal gauche.

Elargissement du calibre de tous les segments coliques.

(Il a fallu 4 litres de gélobarine pour injecter tout le gros intestin).

Le Dr Friedel conseille une intervention et envoie la malade au Pr Lecène.

A l'examen clinique, rien de particulier.

Opération le 1^{er} janvier 1927.

Incision iliaque gauche. Ligature des vaisseaux épigastriques.

Colectomie segmentaire portant sur la totalité de l'anse sigmoïde. Celle-ci est très allongée.

Ligature du méso par étages, puis suture bout à bout de l'intestin réséqué en 2 plans après repérage de la musculopéritonéale en 3 points, comme pour une suture artérielle.

Péritonisation soignée du mésosigmoïde réséqué.

Mèche de cellophane.

Paroi en 1 plan.

Guérison.

(Le segment colique réséqué comprend tout l'S iliaque.

Il contient près de 2 litres d'eau quand on le remplit sans pression excessive).

Obs. XI (*inédite*) due à l'obligeance de notre Maître LECÈNE.

Mlle R..., jeune fille vierge, âgée de 23 ans.

Depuis sa naissance, au dire de sa mère, cette jeune fille a toujours été très mal à la selle. Du plus loin qu'elle se souvienne, la jeune fille n'a jamais émis de matières fécales moulées. Ses selles sont extrêmement liquides, diarrhéiques et très souvent la malade se souille involontairement.

L'émission des gaz est normale.

Aucun laxatif ou purgatif n'a réussi à provoquer une vraie selle depuis plus de quinze ans !

Actuellement (décembre 1921) la jeune fille vient consulter parce qu'elle a remarqué dans le bas-ventre le développement d'une tumeur qui commence à l'inquiéter par son volume.

Les règles sont régulières.

Au palper de l'hypogastre, on sent en effet une tumeur du volume d'une tête d'adulte, qui remonte jusqu'à l'ombilic.

Tumeur dure, indolente, un peu mobile latéralement.

La tumeur principale, régulière, de la forme et des dimensions d'un ballon de foot-bal est surmontée par une autre tumeur bien plus petite, dure et légèrement mobile sur la masse principale.

Des médecins consultés ont parlé de fibrome, de tumeur de l'ovaire ?

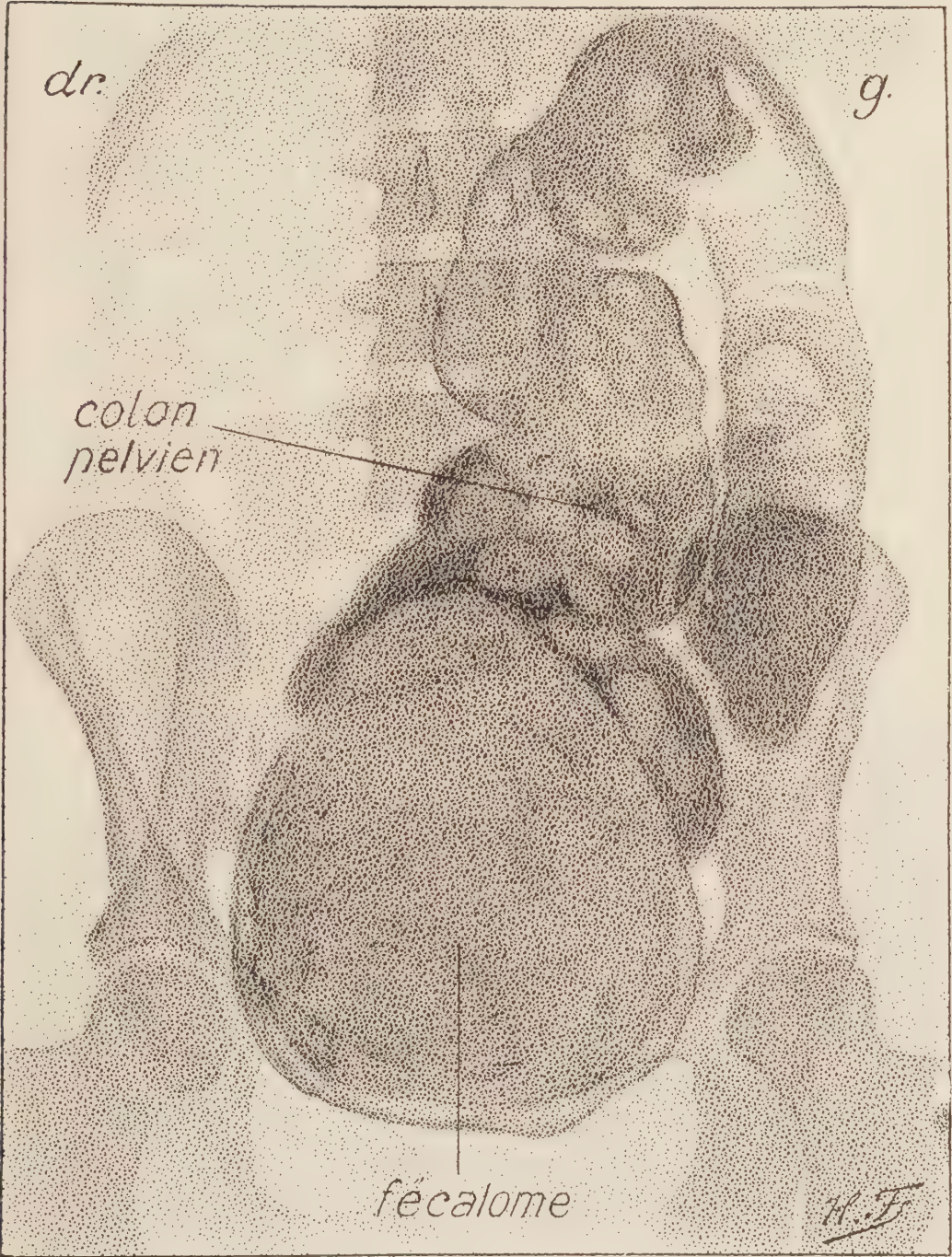
Aucun trouble de la miction.

L'examen de la vulve et de l'anus montre :

1° Que l'hymen est normal et intact, perforé seulement à sa partie supérieure en croissant.

2° Que l'anus est un peu béant et souillé de matières fécales liquides.

Au toucher rectal, on traverse d'abord la région anale qui ne présente pas de lésions pariétales, mais dont le muscle sphincter est très faible et ne se contracte que fort mal par l'effort volontaire.



Radiographie après lavement baryté (Obs. XI). On voit l'énorme fécalome remplissant tout le bassin.

L'ampoule rectale est remplie par une masse dure, ovoïde, dont on fait facilement le tour, mais qui se prolonge en haut bien au delà des limites accessibles à l'exploration digitale.

Avec un speculum ani, on voit que la masse intra-rectale est un énorme fécalome de couleur brunâtre et dur presque comme une pierre.

Sur le désir exprimé par la famille, on fait une radiographie du gros intestin qui confirme le diagnostic de fécalome géant déformant l'ampoule rectale et remontant très haut dans l'abdomen. On voit le côlon sigmoïde dilaté au dessus de l'ampoule rectale. (Voir la radiographie).

On comprend alors les signes physiques fournis par le palper abdominal. La tumeur hypogastrique principale, c'est le fécalome remontant très haut au dessus du détroit supérieur.

La petite tumeur surajoutée à la grosse tumeur, c'est l'utérus refoulé en haut par l'ascension du vagin.

On décide de faire par les voies naturelles le morcellement du fécalome géant intra-rectal.

On peut noter pour les amateurs de pathogénie que cette jeune malade ne présente aucun signe d'intoxication, malgré la stase intestinale chronique dont elle souffre depuis vingt ans au moins.

Opération le 10 décembre 1921.

Anesthésie générale à l'éther.

Morcellement avec une cuiller du fécalome, sous un courant continu d'eau tiède.

L'opération est conduite méthodiquement comme un morcellement de fibrome par les voies naturelles, c'est-à-dire du centre à la périphérie.

L'opération dure presque une heure.

Le poids des fragments du fécalome enlevé est de 1 k. 800.

Suites opératoires simples.

Le sphincter anal recouvre progressivement sa tonicité.

La malade repart chez elle le 25 décembre 1921. On lui re-

commande d'éviter la constipation (bourdaine, huile de paraffine).

Dans une lettre du 14 juin 1926 (soit 4 ans 1/2 après l'opération) la malade écrit qu'elle n'a plus jamais eu aucun écoulement de matières par l'anus, ni aucune douleur. Elle va en général régulièrement à la selle. Ses selles sont moulées.

Elle recourt quelquefois à l'huile de paraffine, quand elle se sent un peu constipée. Etat général excellent.

Obs. XII (*inédite*) due à l'obligeance de notre Maître MR. CHON.

Un homme de 25 ans est amené d'urgence à Beaujon pour constipation opiniâtre et tumeur abdominale.

Ventre modérément distendu.

La palpation permet de sentir dans la région sous-ombilicale médiane une masse sphérique, mobile, à consistance très ferme.

La constipation ayant cédé à des laxatifs et le ballonnement ayant diminué on peut apprécier la situation de cette masse qui peut être facilement mobilisée, accessible par le toucher rectal à travers les parois du rectum.

L'examen radioscopique permet de noter l'augmentation considérable du rectum où l'on fait pénétrer sans difficulté deux litres de bouillie barytée. C'est au milieu de cette ampoule rectale dilatée que se trouve la masse qui est donc un fécalome du volume d'une tête de fœtus.

D'ailleurs l'interrogatoire apprend que le malade a toujours été constipé. Il a toujours dû faire usage de laxatifs et de lavements pour aller à la selle.

Pendant plusieurs jours on essaie en vain de diminuer le volume du fécalome par des purges et des lavements. On se décide alors à tenter une intervention.

Intervention. — Laparotomie médiane sous-ombilicale. On trouve un mégasigmoïde qui remonte jusqu'à l'union avec le descendant accolé, où il est nettement limité. Il se continue

en bas avec un mégarectum en entonnoir, jusqu'au périnée, sans limites précises. D'autre part, il y a une modification de consistance et d'épaisseur des parois intestinales dans le segment dilaté. Les parois sont épaisses et indurées, offrant la consistance du carton mouillé.

Après ligature des artères du méso on sectionne le côlon au dessus du mégasigmoïde, en tissu sain.

Extraction du fécalome.

Section en bas en plein tissu pathologique, assez haut pour pouvoir amener à la paroi le bout inférieur. Cette section porte sur un intestin ayant au moins 12 cm. de diamètre.

Anastomose termino-latérale du bout supérieur sain avec la paroi de ce rectum.

Froncement de la section du rectum, pour en réduire le diamètre et fixation aux téguments.

Ces sutures sont faites en tissu pathologique. Les fils coupent les parois intestinales et l'hémostase est difficile à assurer. On tasse des mèches autour de l'anus artificiel.

Fermeture partielle de la paroi.

Suites opératoires. — D'abord bonnes, mais aucune défécation ne se produit spontanément. On se rend compte par le toucher rectal que le mégarectum se remplit bien de matières, mais qu'il ne les évacue pas.

Par l'anus artificiel on fait des lavages quotidiens d'un bout à l'autre du mégarectum

Au bout de quelques jours apparaissent des signes d'infection de voisinage et le malade succombe au bout de 15 jours.

Obs. XIII (inédite) due à l'obligeance de notre maître LAUNAY et du Dr ROGLET.

Mme D..., 66 ans.

A toujours été constipée. Prenait chaque soir un laxatif.

La constipation est devenue de plus en plus opiniâtre, s'accompagnant de douleurs abdominales parfois assez intenses.

En 1925 le Dr Moutier confirme le diagnostic de dolichocô-

lon porté en 1923. (La radiographie montrait à ce moment un allongement de tout le côlon, mais sans grosse dilatation). Il propose une opération qui n'a pas été acceptée par la malade.

Mais les accidents de stase intestinale s'accroissent de plus en plus pour aboutir à l'occlusion complète le 9 juin 1927.

Les accidents d'obstruction avaient commencé le 4 juin, mais l'arrêt des matières et des gaz n'était pas encore complet. Les moyens médicaux ayant échoué, le ballonnement abdominal étant très marqué, le Dr Launay fut appelé en consultation le 9 juin.

Opération. — En raison de l'âge et de l'état général on n'ose pas faire une laparotomie exploratrice véritable et, dans le but d'aboutir à un anus iliaque droit on fait une incision longitudinale assez grande du flanc droit, à l'anesthésie locale. (Néanmoins une rachianesthésie avait été faite avant, pour essayer de provoquer une évacuation, sans aucun résultat. L'anesthésie obtenue n'a pas été suffisante).

L'abdomen ouvert, on voit une anse de gros intestin très distendue, mais ne donnant pas du tout l'aspect de torsion. L'exploration autour montre des anses grêles distendues. On se décide à faire un anus sur le gros intestin visible.

Cet anus donne immédiatement des gaz et des matières pâteuses. Dans la journée les gaz s'échappent et le ventre se déballonne.

Des lavages de l'intestin faits par l'anus artificiel les jours suivants font sortir une quantité énorme de ces mêmes matières pâteuses et noirâtres. Si bien qu'au bout de 4 ou 5 jours on peut faire un examen radioscopique qui montre l'existence d'un énorme méga-dolichocôlon total.

Suites opératoires. — A l'aide de lavages et de purgations légères on arrive à vider l'intestin, absolument bourré de matières, et à avoir des selles normales par l'anus.

Depuis ce moment l'évacuation du gros intestin se fait mal, bien que la malade ait des selles par l'anus normal et que son

anus artificiel fonctionne également. Il faut de temps en temps faire péniblement la vidange de ce gros intestin.

(Nous avons donné cette observation bien qu'elle concerne un mégacôlon total. Elle nous montre que dans l'occlusion par accumulation de matières dans une anse ectasiée l'anus cæcal n'est qu'un palliatif).

CONCLUSIONS

La forme latente du mégacôlon ne comporte évidemment pas de traitement chirurgical.

La forme de mégacôlon révélée par des crises d'obstruction et de douleurs dues à un volvulus incomplet doit être traitée par la résection à froid, de préférence en un temps.

Ces crises se présentent parfois sous le masque trompeur d'une appendicite ou d'une autre affection douloureuse abdominale ou rénale. L'examen radioscopique est absolument nécessaire pour en établir le diagnostic.

Le diagnostic de volvulus aigu du mégacôlon est difficile. Il faudra toujours y songer en présence d'une occlusion intestinale aiguë survenant chez un constipé habituel.

Il ne faut jamais faire de colectomie en un temps chez un malade en occlusion, même récente.

La détorsion simple d'un mégacôlon sigmoïde tordu pallie aux accidents d'occlusion, mais ne guérit pas la

lésion. Elle doit toujours être suivie en principe de la résection de l'anse dans les conditions que nous indiquons ci-après.

Si, au cours d'une intervention on trouve un mégacôlon tordu avec sphacèle de l'anse, il faut faire une extériorisation avec résection immédiate.

Si l'anse est suspecte il faut également faire une extériorisation-résection.

Si l'on trouve une anse sigmoïde saine, chez un sujet très affaibli, il faut se contenter de faire une détorsion simple. On fera la résection dans un deuxième temps, dès que le malade sera en état de subir ce choc opératoire.

Si l'on trouve une anse saine et que le sujet soit résistant on peut d'emblée faire une anastomose latérale entre les 2 branches coliques, tout en laissant les 2 bouts, accolés en canon de fusil, ouverts à la paroi.

Dans les cas où les circonstances paraissent tout-à-fait favorables on peut même, après anastomose latérale, fermer complètement le bout inférieur, mais le suturer au péritoine pariétal et introduire une petite sonde dans le bout supérieur.

La forme classique du mégacôlon, bien caractérisée cliniquement et dont le diagnostic a été confirmé par la radioscopie, doit être traitée chirurgicalement si les grands lavages intestinaux et un régime approprié n'ont amené aucune amélioration, ce qui est fréquent.

Le traitement de choix est la colectomie. Chez un malade résistant, soigneusement préparé avant l'intervention, dont les parois intestinales sont de bonne qualité, la colectomie en 1^{er} temps est préférable.

Si ces conditions ne sont pas remplies l'extériorisation avec résection immédiate donne plus de sécurité et doit être préférée.

Dans le cas de fécalome volumineux, sans occlusion, les lésions pariétales, qui s'étendent souvent fort loin vers le rectum, interdisent la colectomie.

Il faut extraire le fécalome, soit par les voies naturelles, soit par colotomie suivie d'abouchement de l'intestin distendu à la paroi. Dans un second temps on pourra pratiquer la colectomie, si cette opération paraît nécessaire.

Dans les cas d'occlusion aiguë due à un fécalome trois cas sont à envisager.

a) Si l'occlusion est ancienne et l'état général mauvais on fait d'abord un simple anus caecal. Le mégacôlon sera traité ultérieurement.

b) Si l'occlusion est récente et l'état général satisfaisant on fera une extériorisation-résection, à condition que les tuniques intestinales ne soient pas trop gravement lésées.

c) Si les tuniques intestinales ne se prêtent pas à une suture, on fera seulement la colotomie, l'extrac-

tion du fécalome et l'abouchement de l'intestin ouvert à la paroi.

Une opération ultérieure permettra de traiter le mégacôlon.

Vu, le Doyen,

H. ROGER.

Vu, le Président de la thèse,

LECÈNE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

D'ALLAINES (Rapport de LECÈNE). — Deux cas de volvulus du colon pelvien traités par la résection immédiate (*Bull. Soc. Ch.*, 1927, p. 357).

BARD. — Le mégarectum : dilatation idiopathique d'origine congénitale (*La Semaine méd.*, 30 nov. 1910).

BARJON. — Examen radioscopique de 3 cas de mégacôlon (*Arch. d'Electr. med. expériment. et clin.*, 10 janv. 1912).

BARRINGTON WARD. — Maladie de H. (*The Brit. J. of Surg.*, janv. 1914).

BARTLE. — Mégacôlon (*The Am. Journal of the med. Sc.*, janv. 1926).

BAUMGARTNER. — Le mégacôlon (*Presse med.*, 5 oct. 1907).

BENSAUDE et HILLEMAND. — Maladie de H. (*Annales de Med.*, déc 1922).

BENSAUDE et SORREL. — 6 cas de mégacôlon. Examen radiol. et rectosc. (*Arch. des mal. de l'ap. dig. et de la nutrition*, 1924).

A. BERGÉ, CHEVRIER et P. LEFÈVRE. — 1 cas de mégacôlon énorme d'origine congénitale (*Soc. méd. des Hôp. Paris* 11 juil. 1924).

BESSEL-HAGEN. — Sur la maladie de H. (*Zent. fur Ch.* 4 juil. 1908).

BIANCHINI. — Le mégacôlon chez l'adulte ; étude radiologique et clinique (*Ann. ital. di Ch.*, 1924, fasc. 5).

BONNIOT. — Volvulus d'un mégacôlon sigmoïde traité par la résection en 3 temps (*Soc. Chir. Lyon*, 27 nov. 1924).

BRÜNING. — Etiologie et traitement de la maladie de H. (*Arch. für Kl. Ch.*, 20 oct. 1925).

BUNDSCHUH. — Observation intéressante d'un mégacôlon (*Beit. Journal Kl. Ch.*, t. LXXXV, p. 58-90).

BUREAU. — Cas de dilatation idiopathique du gros intestin (*Gaz. méd. Nantes.*, 1908).

CHIOSSONE. — Contribution à l'étude du traitement chirurgical du mégacôlon pelvien acquis (*Revista med. chir. (Fegucigalpa-Honduras)* 1^{er} mars 1920).

COMBY. — *Archives de méd. des Enfants*, Paris 1920, p. 393.

CORBIN. — Mégasigmoïde, mégarectum, bol rectal, (*Surg. gyn. and Obst.*, juil. 1922).

COSTANTINI. — 2 cas de mégacôlon (*Gaz. degli Osp. e delle Cl.*, 1920, n° 82).

CULAN. — Mégacôlon congénital ou dilatation idiopathique du gros intestin (*Th. Paris* 1910).

DELAGÉNIÈRE. — Mégacolon au point de vue chirurgical (*in Congrès de Ch.*, Paris 1922).

Pierre DELBET. — Mégacôlon avec rétrécissement valvulaire du rectum (*Bull. Soc. de Ch.*, 1920, p. 893).

DERVAUX. — 2 cas de mégacôlon compliqués d'occl. intestinale (*Bull. Soc. de Ch.*, 1925, p. 356).

DOWD. — Trait. chirurgical du mégacôlon (*Annals of Surg.*, 1921, n° 4).

P. DUVAL. — De la dilatation dite idiopathique du gros intestin (*Rev. de Ch.*, 1903, t. 1).

P. DUVAL. — Les résultats opératoires dans le traitement du mégacôlon (*Rev. de Ch.*, 1909, p. 506).

P. DUVAL et PATEL. — Chirurgie du côlon pelvien (*Congrès de Chir.*, Paris, oct. 1913).

FELDMAN. — Dilatation idiopathique du côlon (*The Brit. Méd. J.*, 1^{er} août 1908).

FERRARI. — Mégacôlon sigmoïde avec méso sigmoïdite rétractile (*Bull. Soc. de ch.*, 1925, p. 1060).

FINNEY. — Dilatation congénitale idiopathique du côlon (*in Surg., Gyn. and Obst.*, juin 1908).

FINSTERER. — Traitement du volvulus de l'anse sigmoïde (*Arch. f. kl. ch.*, t. XCVIII, 1912).

FORGUE. — Quelques précisions au sujet du volvulus de l'S iliaque (*Presse méd.*, 10 janvier 1920).

FOWLER, DAVIDSON et MELLON. — Méga-congénital chez l'adulte (*Surg., Gyn. and Obst.*, 1922, n° 5).

GAYET et PATEL. — Le traitement du mégacôlon chez l'adulte (*Lyon chir.*, 1^{er} mars 1911).

GIORDANO. — Contribution au traitement chirurgical du mégacôlon (*Il Policlinico*, 15 juin 1923).

GRÉGOIRE et DUVAL. — 2 cas de mégacôlon traités par la colectomie (*Bull. Soc. de Ch.*, 1913, p. 2).

GUIBÉ. — Mégacôlon congénital. Volvulus de l'S iliaque. Résection. Guérison (*L'année med. de Caen*, février 1920).

GUILLAUME et LE CHAUX. — Méga-sigmoïde ayant déterminé une occl. intest. aiguë (*Soc. d'Anat.*, 17 décembre 1921).

GUIMBELLOT. — Rapp. d'Algave (*Bull. Soc. de Ch.*, 1920, p. 1456).

GUINARD. — *In Nouveau traité de Ch.* de Le Dentu et Delbet.

GUINON et REUBSAEUT. — Un cas de maladie de H. (*Arch. de méd. des Enfants*, 1908, n° 3).

HALLEZ et BLECHMANN. — *Archives de méd. des Enfants*, 1921.

HARTMANN. — Discussion du Rapport de Patel au VI^e Congrès national de Gyn. Obst. et Pédiatrie, 1910.

HELLWIG. — Contribution à l'étude de la maladie de H. (*Muenchener med. Woch.*, 17 novembre 1908).

HERTZ. — 3 observations de mégacôlon sigmoïde dont l'une avec volvulus (*Bull. Soc. Chir.*, 1925, p. 494).

HOFFMANN. — Diagnostic et traitement de la maladie de H. (*Beit. zur kl. ch.*, novembre 1911).

ISMOJIK. — Contribution à l'étude des troubles gastriques et duodénaux au cours de la maladie de H. (*Th. Paris*, 1927).

DE JOSSELIN DE JONG et MUSKENS. — Le mégacôlon congénital (*Mitteil. aus den grenz. der Med. und ch.*, 1910, fasc. 4).

KONJETZNY. — La maladie de H. et ses rapports avec les anomalies de situation cong. ou acquises du côlon sigmoïdien (*Beit. z. kl. ch.*, mai 1911).

LAFFITTE. — La suture « bord à bord » dans l'iléo-colectomie en un temps (*Th. Paris*, 1926).

LAPOINTE. — *Bull. Soc. Ch.*, 1924.

LARDENNOIS. — Un cas de mégacôlon (*Bull. Soc. Ch.*, 1924, p.).

LARDENNOIS. — Les péricolites chroniques (*Rapport au Congrès de ch. Paris*, 1927).

LAUNAY. — *Bull. Soc. Chir.*, 1925, p. 420.

LECÈNE. — Contribution à l'étude du volvulus du gros intestin (*Rev. de Ch.*, 1910, t. XLI, p. 21).

LECÈNE. — Rapport (*Bull. Soc. Ch.*, 1925, p. 356).

LECÈNE. — Colectomies pour mégacôlon sigmoïdien (*Bull. Soc. Ch.*, 1925, p. 522).

LECÈNE. — In *Thérap. Chir.*, Lecène et Leriche, t. III.

LEFEBVRE. — La chirurgie de la constipation (*Th. Toulouse*, 1919).

LEFLAIVE. — Sur le volvulus chronique du côlon sigmoïde (*Th. Paris*, 1927).

LETONDAL. — Contribution à l'étude du méga chez l'enfant (*Th. Paris*, 1925).

LEVEUF (Rapport de Mocquot). — Volvulus d'un mégapelvien. Résection. Guérison (*Bull. Soc. de Chir.*, 1925, p. 692).

LIGNAC. — Un cas de mégarectum (*Soc. de Radiologie méd. de France*, 8 novembre 1921).

MAGGIORE. — 2 cas de mégacôlon congénital (*La Pédiatria*, 1914, fasc. 1).

MARFAN. — In *Les affections du tube digestif dans la 1^{re} enfance*, p. 502).

MICHON et OKINCZYC. — Mégacôlon. Hémicolectomie gauche Guérison (*Bull. Soc. Ch.*, 1920, p. 609).

MIGINIAC. — Le traitement du mégacôlon sigmoïdien compliqué d'occlusion aiguë (*Arch. des mal. de l'ap. dig. et de la nutrition*, 1922, n° 4).

MIRIZZI. — Colectomie d'urgence pour méga iléo-pelvien compliqué (*Rev. de la Asoc. med. Argentina*, 1921, n° 203).

MONNIER (Zurich). — Contribution au traitement du mégacôlon dans l'enfance (*Schweiz. med. Woch.*, 18 octobre 1923).

MOURE et AUMONT. — Volvulus d'un mégacôlon pelvien. Résection. Suture latéro-latérale. Guérison (*Bull. Soc. Ch.*, 1925, p. 558).

NAGEOTTE-WILBOUCHEWITCH (Mme). — *Soc. de Ped.*, 18 novembre 1924).

NANDROT (Rapport de Rochard). — Volvulus d'un mégacôlon pelvien (*Bull. Soc. Ch.*, 1919, p. 677).

NAVARRO. — Sur le mégacôlon (*Bull. Soc. Ch.*, 1913, p. 444).

OKINCZYC et BRETON. — Mégacôlon avec vice de position de l'intestin grêle (*Bull. Soc. de Ch.*, 1925, p. 400).

OMBRÉDANNE. — In *Précis de clinique opératoire et de chir. infantile*, p. 515).

PATEL. — Mégacôlon (*Ann. de Gyn. et d'Obst.*, octobre 1910).

PAUCHET. — Mégacôlon (*Paris chir.*, 1920, n° 5).

PAUCHET. — Mégacôlon congénital. Traitement (*Bull. Soc. Ch.*, 1919, p. 1198).

PAUCHET. — Traitement du mégacôlon (*Bull. Soc. Ch.*, 1912, p. 1486).

PERLMANN. — Mégasigmoïde et mégasigmoïdite (*Zent. f. ch.*, janvier 1925).

PERTHES. — Maladie de H. et colectomie abdomino-anale par invagination (*Beit. zur kl. Ch.*, 15 avril 1914).

PETROVITCH. — Trois cas de maladie de H. (Communication au 1^{er} congrès Yougo-slave de méd. opératoire in *Srpski Arch. za tzel. lek.*, octobre 1911).

PULS. — A propos de la maladie de H. (*Beit. zur kl. Ch.*, sept. 1910).

RABÈRE. — Méga pelvien. Colectomie par invagination colo-rectale (in *Congrès de Chir.*, Paris 1922).

RASSIEUX. — Un cas de maladie de H. (*The J. of the Missouri State Med. Assoc.*, 1922, n° 4).

RICHE. — Mégacôlon chez une femme âgée (*Bull. Soc. de Chir.*, 6 décembre 1911, p. 1363).

ROBERTSON. — Rétrécissement cong. de l'anus persistant à l'âge adulte. Méga-secondaire (*British J. of Surg.*, 1922, n° 35).

ROSENFELD. — Diagnostic et traitement du volvulus du côlon pelvien (*Th. Paris*, 1926).

ROUX-BERGER. — Mégacôlon recto sigmoïde tordu. Opération. Guérison (*Bull. Soc. de Ch.*, 1925, p. 418).

SCHMIDT. — La maladie de H. et son traitement chirurgical S. (*Beit. z. kl. ch.*, 1909, fasc. 3).

SCHWARTZ et HARTGLASS. — Le traitement du cancer du côlon gauche par l'extériorisation (*Journ. de Ch.*, avril 1924).

SENCERT et SIMON. — Deux cas de mégacôlon guéris par colectomie (*Arch. fr. belges de Ch.*, avril 1924).

R. SOREL. — Mégacôlon et son traitement opératoire (*Arch. provinciales de Ch.*, septembre 1911).

SUNDHOLM. — Opération d'un cas de mégacôlon congénital (*Finska Lakar. Hand.*, mai 1912).

TALMA. — Sur le mégacôlon (*Nederl. Tijd. voor geneesk.* 24 mai 1919).

TIERNY. — Mégacôlon. Son traitement actuel par la sympathicectomie (*Gaz. Hôp.*, 15 février 1928).

TRACINSKI. — A propos d'un cas de maladie de H. (*Wiener kl. Rundschau*, 24 mai 1914).

TUFFIER. — Maladie de H. avec calcul stercoral volumineux (*Bull. Soc. Ch.*, 1907, p. 900).

VEAU — *Bull. Soc. Ch.*, 1923, p.

WARD. — Maladie de H. (*British med. journal*, 1910, vol. II).

WEILL et PÉHU. — In *Traité de Pathologie médicale et de Thér. appliquée* de Sergent et Ribadeau-Dumas.

WEIL. — La maladie de H. (*Th. Nancy*, 1910).

WILKIE. — Maladie de H. (*Edinburgh med. j.*, septembre 1909).

ZOEPPFEL. — La disposition anatomique de l'intestin dans le vrai mégacôlon et dans le pseudo mégacôlon (*Virchows Archiv.*, 2 octobre 1909).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	11
FORMES :	
Cliniques.....	14
Latente sans symptômes.....	15
Latente révélée par un volvulus aigu.....	16
Révélée par un volvulus incomplet.....	19
Classique.....	21
INDICATIONS OPÉRATOIRES :	
Forme latente sans symptômes.....	25
Volvulus aigu.....	26
Volvulus incomplet.....	46
Forme classique.....	49
Forme avec fécalome.....	59
TRAITEMENT ÉTIOLOGIQUE DU MÉGACOLON.....	66
TECHNIQUE.....	67
OBSERVATIONS.....	77
CONCLUSIONS.....	95
BIBLIOGRAPHIE.....	99

1928. Saint-Amand (Cher). — Imprimerie A. CLERC.
